

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LA PHARYNGOTOMIE RETRO-THYROÏDIENNE

Par E. QUÉNU et P. SEBILEAU

Nous avons eu l'un et l'autre l'occasion de pratiquer une pharyngotomie pour corps étranger du pharynx ; nos deux malades ont guéri.

Le premier, qui fut présenté le 22 avril (1) à la Société de chirurgie, était un homme de 37 ans qui, durant la nuit, avait avalé son dentier. Il fut opéré le 31 mars, à Cochin ; une pharyngotomie latéro-verticale, pratiquée sur le thyro-pharyngien, derrière le bord postérieur de la lame thyroïdienne, permit d'extraire facilement le corps étranger par une opération dont la simplicité fut grande et dont les suites furent si bénignes qu'après avoir, pendant un seul jour, présenté deux degrés de réaction thermique, le malade quitta l'hôpital deux semaines plus tard, tout à fait guéri.

La seconde patiente était une jeune fille de moins de vingt ans qui, quelques jours avant son admission à Lariboisière, avait avalé une aiguille. L'examen avec le miroir ne donnait aucun renseignement ; mais, sous le muscle sterno-mastoïdien, dans la profondeur du cou, derrière le cartilage thyroïde, il y avait de l'empatement et de la douleur. L'opération fut conduite comme dans le cas précédent ; le long de la paroi pharyngée s'était formé, dans le tissu cellulaire du cou, un petit abcès au milieu duquel venait poindre l'extrémité aiguë du corps étranger. Le chas en était encore dans la cavité pharyngée. L'aiguille avait perforé la muqueuse et le constricteur in-

(1) E. QUÉNU. — Pharyngotomie latérale pour l'extraction d'une pièce dentaire, *Bull. soc. chir.* 1903, p. 410.

férier juste derrière le bord postérieur de la lame thyroïdienne, ébauchant précisément ainsi, par un travail spontané de la nature, l'opération qu'on s'était proposé de réaliser pour l'extraire du pharynx.

Nous avons été ainsi amenés, pour régler l'exécution de cette pharyngotomie latéro-verticale, à la pratiquer plusieurs fois sur le cadavre. C'est une opération assez simple. Comme toutes les doérations cervicales profondes, elle se complique chez les sujets gras, dont le cou est court et massif ; mais, pour la plupart des cas, on peut dire qu'elle est d'exécution facile. Voici comment nous conseillons de la pratiquer :

PREMIER TEMPS. — Après avoir exploré la grande dépression cervicale (lit carotidien) reconnu l'hyoïde et le cartilage thyroïde, faire, le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et en avant de lui, une incision d'au moins 8 centimètres qui, par en haut et par en bas, déborde de deux centimètres environ le bord correspondant du cartilage thyroïde ; sectionner ensuite l'aponévrose cervicale superficielle. Cette incision cutanée, qui coupe et découvre la veine jugulaire externe, peut se faire soit en avant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien qu'on récline alors en arrière, sans l'avoir mis à nu, soit au niveau même du bord antérieur, qu'on découvre, qu'on reconnaît et qu'on écarte vers la région postérieure. Ceci est plus classique.

Le muscle sterno-mastoïdien étant donc légèrement décollé et tiré en arrière, la lèvre antérieure de l'incision étant écartée en avant, l'aponévrose moyenne apparaît, recouvrant tout le champ opératoire profond. Dans la partie supérieure de celui-ci, rien ne transparait au travers de l'aponévrose ; dans la partie inférieure, l'on voit les faisceaux rouges de l'omo-hyoïdien, plat, oblique en haut et en avant. Inciser longitudinalement l'aponévrose derrière lui ; le libérer en décollant sa face profonde et le récliner en avant et en dedans. Alors, en avant, la face superficielle de la lame du thyroïde se découvre, tapissée des faisceaux des muscles sous-hyoïdiens. Elle se voit et se touche. En arrière apparaît, confondu dans l'appareil fibro-conjonctif de la région, descendant d'en haut, le pédicule vasculaire thyroïdien supérieur. Si l'on écarte en arrière, en même temps que

le sterno-mastoïdien, ce pédicule thyroïdien, l'on reconnaît sans peine, formant le fond de la plaie, dans le tiers supérieur de celle-ci, les fibres légèrement obliques en haut et en arrière du constricteur inférieur (*fig. 1*).

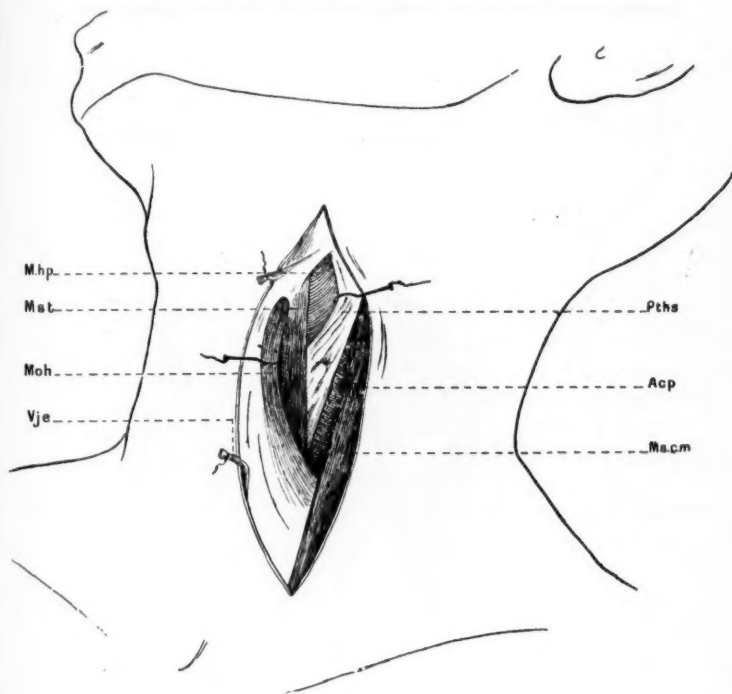


Fig. 1.

Mhp, Muscle thyro-pharyngien. — *Mat*, Muscles sous-hyoïdiens. — *Moh*, Muscle omo-hyoïdien. — *Vje*, Veine jugulaire externe. — *Pths*, Pédicule thyroïdien supérieur. — *Acp*, Artère carotide primitive. — *Mscm*, Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — *Cp*, Cavité du pharynx. — *Fpl*, Face postérieure du larynx. — *Cl*, Corne du corps thyroïde.

DEUXIÈME TEMPS. — Prendre le pédicule thyroïdien supérieur entre deux ligatures et le sectionner ; du doigt, refouler en

bas la pointe du lobe thyroïdien. La face extérieure du constricteur inférieur se découvre alors, nette et nue, dans presque toute la hauteur du champ opératoire (*fig. 2*). Saisir avec la griffe de l'écarteur de Wolkmann le bord postérieur de la lame thyroïdienne et l'attirer en avant, fortement, comme si l'on vou-

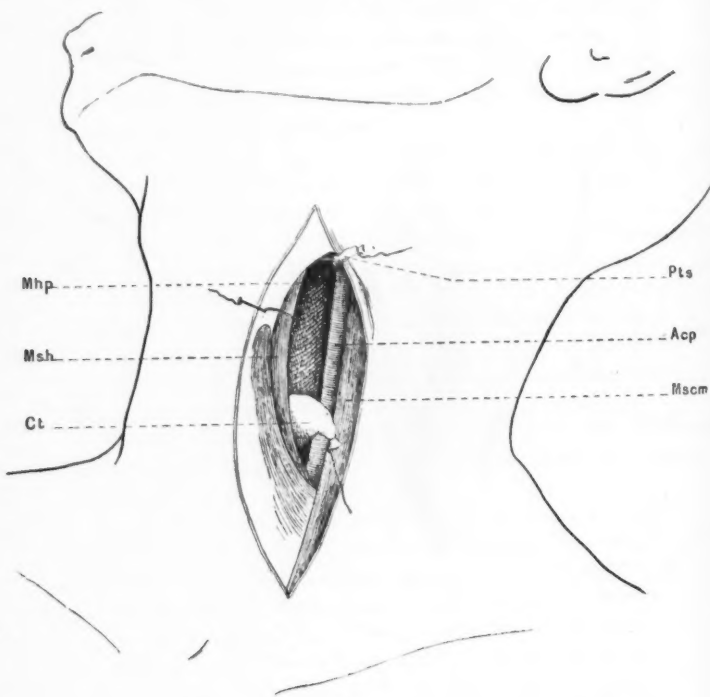


Fig. 2.

lait la faire basculer. Cela tend les fibres du thyro-pharyngien qui, par ce mouvement, sortent de la profondeur du cou, de postérieures deviennent latérales, et s'offrent au bistouri. Le long de ce bord postérieur thyroïdien et tout contre lui, sectionner la paroi pharyngée, muscle et muqueuse. Tandis que l'écar-

teur, soulevant toujours le cartilage thyroïde, écarte ainsi en avant la lèvres antérieure, cartilagineuse, de la plaie pharyngée, des pinces à forcipressure maintiennent en arrière la lèvre postérieure, formée par la tranche musculaire, si bien que l'ouverture baille et que la cavité se présente largement à la vue et

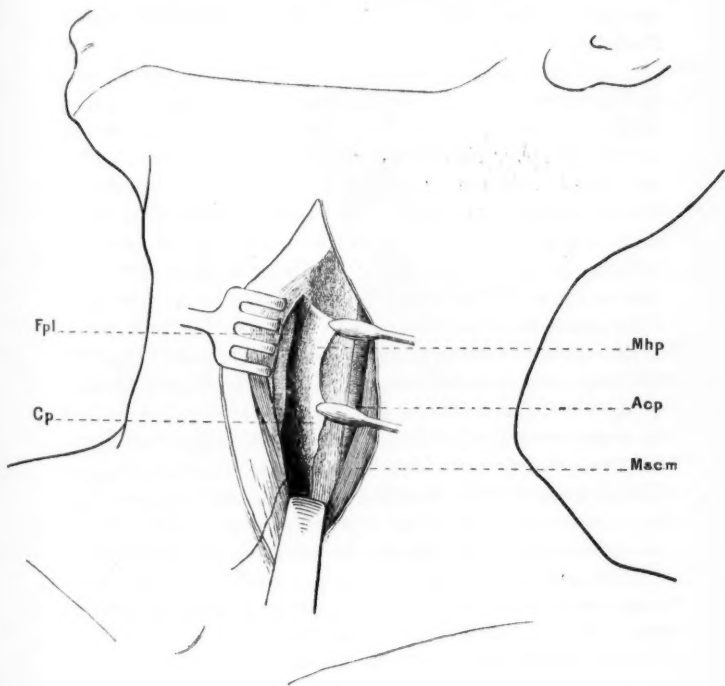


Fig. 3.

au toucher (*fig. 3*). L'exploration en est facile ; les manœuvres opératoires s'y exécutent aisément.

Ainsi conduite, cette pharyngotomie latéro-verticale inférieure est une opération simple, comme nous le disons plus haut, et très efficace, puisqu'elle donne beaucoup de jour. Il

ne faut pas oublier, cependant, que la section intéresse seulement le tiers inférieur de la paroi pharyngée, qu'elle porte seulement sur le dernier constricteur, que le champ opératoire se développe tout entier au-dessous de l'artère linguale et du tronc thyro-linguo-facial et que, par conséquent, ce n'est pas à cette intervention limitée qu'il faut s'adresser pour l'exérèse des néoplasmes pharyngés dont il est toujours difficile de supputer l'étendue.

A cet égard, et sans parler ici des pharyngotomies péri, sous et transmandibulaires qui s'adressent à une autre région, il est bien certain que l'opération que nous avons décrite, ne saurait être, pour bien des cas, substituée ni à la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne, ni à la pharyngotomie trans-hyoïdienne de Vallas, ni surtout à la combinaison de ces deux procédés qu'un de nous emploie d'une manière courante et qui ouvre une si large brèche dans la cavité pharyngée; mais elle est vraiment l'opération de choix pour ce qui concerne l'extraction des corps étrangers du pharynx. Elle nous paraît même applicable, dans un grand nombre de cas, à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. La facilité de cette pharyngotomie rétro-thyroïdienne, la large ouverture qu'elle permet de créer dans la partie inférieure de la cavité pharyngée (*fig. 4*), l'extrême facilité avec laquelle l'on peut, par la brèche ainsi faite, introduire profondément, dans l'œsophage une pince légèrement recourbée, nous font penser que, dans un bon nombre de cas au moins, cette opération remplacerait avantageusement l'œsophagotomie cervicale, qui reste, malgré tout, une opération assez délicate, même dans les mains de ceux qui ont eu l'occasion de la pratiquer plusieurs fois ⁽¹⁾.

Cette pharyngotomie latérale inférieure, qui fut « pratiquée dans un cas par Wheeler » (Monod et Vanverts ⁽²⁾), mais ne fut pas jusqu'à ce jour, une opération réglée, est considérablement facilitée par la manœuvre sur laquelle nous avons insisté : le

(1) PIERRE SEBILEAU. — L'œsophagotomie externe appliquée, chez l'enfant, à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, Janvier 1903.

(2) CH. MONOD ET VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, t. II, p. 78, chez Masson, 1902.

soulèvement, l'accrochage et la traction en avant du bord postérieur de la lame thyroïdienne, ce qui permet de faire, à main levée et avec la plus grande facilité, derrière le cartilage, la section de la paroi musculaire et muqueuse du pharynx. Il devient ainsi tout à fait inutile de « se guider sur un cathéter introduit par la bouche », suivant la précaution que, jusqu'alors, on avait l'habitude de conseiller théoriquement.

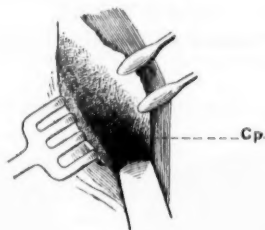


Fig. 4.

Dans beaucoup d'opérations sur le carrefour aéro-digestif le chirurgien peut, du reste, simplifier le travail en allant, comme nous venons de l'indiquer, gaffer par derrière la lame du thyroïde. L'un de nous utilisait récemment cette manœuvre pour compléter, par une section verticale de la paroi pharyngée, une pharyngotomie de Malgaigne qui ne lui permettait pas d'atteindre la limite inférieure d'un néoplasme et, dans une autre circonstance, au cours d'une laryngectomie totale.

L'on peut ainsi, dans cette dernière opération, au lieu de soulever et de disséquer le larynx de bas en haut, comme dans le procédé de Ch. Périer, le faire basculer et le séparer d'arrière en avant, en le rasant de très près, ce qui permet de réduire au minimum la brèche faite dans la paroi pharyngée, et cela a une grande importance au point de vue de la reconstitution du pharynx et de la restauration fonctionnelle ultérieure.

LARYNGOCÈLE VENTRICULAIRE

Par J. GAREL,

Médecin des Hôpitaux de Lyon

La laryngocèle ventriculaire peut être définie une tumeur gazeuse siégeant dans le larynx, s'accompagnant le plus souvent d'une tumeur de même nature faisant saillie à la partie antérieure du cou et réductible par la pression. Dans d'autres cas, au contraire, la tumeur du cou existe seule, et alors suivant qu'elle siége au-dessus ou au-dessous du larynx, elle prend le nom de laryngocèle ou de trachéocèle. Toutes ces tumeurs proviennent de ce que, à un moment donné, la muqueuse cède sous l'influence d'un effort et forme au dehors une véritable hernie en tout comparable à la hernie abdominale. Il faut cependant reconnaître que la formation des laryngocèles est favorisée tantôt par une faiblesse anormale des parois, par une anomalie, tantôt par une solution de continuité pathologique.

Je n'ai pas l'intention d'étudier toutes ces formes que l'on trouvera bien décrites dans la thèse récente de Pelletier (Paris 1900). Aujourd'hui je ne veux parler que de la forme la plus rare, la plus simple, la plus réduite, celle qui est exclusivement cantonnée dans l'intérieur du larynx et qui n'est décelable que par l'examen laryngoscopique. J'ai dit que c'était la forme la plus rare, car si j'élimine tous les cas compliqués d'une seconde tumeur externe au niveau du cou, je ne trouve guère que trois ou quatre observations bien nettes de cette forme spéciale.

Je vais tout d'abord donner l'histoire du malade qui fait l'objet de cette communication, en me servant des renseignements soigneusement recueillis par mon interne, M. Duvernay.

Pierre V., 37 ans, cultivateur, originaire de la Haute-Loire, est adressé à M. Garel par le Dr Kaepelin (du Puy) un de ses anciens internes, pour un polype du larynx. Il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, le 26 janvier 1904.

Cet homme n'a jamais été malade, il a 5 enfants bien portants. Il se plaint de troubles de la voix qui auraient débuté, il y a 15 ans, au moment de son service militaire. Quand il avait parlé depuis un moment, sa voix s'éteignait insensiblement, mais l'extinction n'était pas permanente. Une fois rentré dans ses foyers, il pouvait encore chanter quelquefois, mais ses chants étaient de courte durée. L'extinction augmenta et bientôt il ne put plus lire une lettre tout entière à haute voix. Peu à peu il arriva, il y a une dizaine d'années, à l'état actuel.



Fig. 1.



Fig. 2.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel du larynx en dehors de ceux de la phonation. La respiration n'est pas gênée. L'occlusion glottique se fait sans coulage apparent, le malade compte, fait des efforts, soulève des sacs sans la moindre fatigue. La voix est plutôt éteinte et n'a pas le timbre particulier que l'on rencontre ordinairement chez les sujets porteurs de polypes du larynx.

A l'examen laryngoscopique, on voit un énorme polype siégeant en avant sur le bord de la corde vocale droite (*fig. 1*). Dans les mouvements d'inspiration il vient se placer entre les deux cordes et n'empêche pas le rapprochement de ces dernières dans la phonation. Mais, fait très curieux, dans la phonation, on voit la partie supérieure du vestibule se remplir brusquement d'une sorte de tumeur vésiculaire volumineuse provenant de la bande ventriculaire droite (*fig. 2*)⁽¹⁾. A un examen attentif, le fait se passe ainsi :

(1) Les deux figures ci-dessus ont été reproduites d'après des aqua-relles dues à l'obligeance de M. Maréchet, externe du service.

Tout d'abord il y a rapprochement des cordes, puis quand le son commence à être émis, on voit la partie supérieure de la bande ventriculaire droite et même un peu le ligament ary-épiglottique, se gonfler brusquement en un point, former dans le vestibule une saillie volumineuse qui remplit la cavité et va rejoindre le côté gauche. Cette saillie est d'un gris opalin, elle n'est pas régulière et présente un aspect bilobé. Dès que l'inspiration reprend, la tumeur se dégonfle, tout rentre dans l'ordre. La muqueuse est seulement légèrement froissée comme si elle était trop large pour recouvrir le ventricule. Tant que la respiration continue normalement, le gonflement de la bande n'a plus lieu, il n'apparaît que dans la phonation dont il dépend absolument. Ce boursofflement de la bande ventriculaire ne dépasse jamais l'intérieur de la cavité laryngée, il ne déborde pas en dehors du côté de l'œsophage ni du côté du cou. La bande ventriculaire gauche, à son tour, forme une légère bosselure mais sans hernie véritable.

L'examen somatique est négatif. Pas de lésions des poumons. Rien au cœur. Fonctions digestives parfaites. Bon état général. Rien du côté des urines.

Le 27 janvier, le malade est présenté à la *Société des sciences médicales de Lyon*, M. Garel émet l'hypothèse que le polype, dans la phonation, vient se placer entre les lèvres des bandes ventriculaires. Il doit faire alors obstacle au passage de l'air, la pression augmente alors en dessous, elle se fait sentir dans les deux ventricules; le côté droit sans doute plus faible a cédé à ces pressions répétées et a donné lieu à la laryngocèle.

Le 28 janvier, M. Garel enlève le polype en plusieurs morceaux, car il est assez friable. Immédiatement après l'opération, la hernie ventriculaire disparaît et ne peut plus se reproduire. Cela confirme la valeur de l'hypothèse émise la veille touchant le mécanisme de la production de la tumeur.

Le 4 février, ablation de la dernière parcelle du polype. La laryngocèle n'a pas reparu.

Comme on le voit en parcourant cette observation, j'avais raison de penser que le polype était la seule cause de la hernie ventriculaire. Le polype, par ses dimensions, par la position qu'il prenait pendant la phonation, arrivait à faire obstacle à la sortie de l'air; celui-ci retenu sous pression en-dessous des bandes ventriculaires s'engouffrait dans les ventricules et agissait sur leurs parois. Quand on songe que ce phénomène

se reproduisait chaque jour à chaque effort de phonation depuis quinze ans, on comprend que l'un des ventricules ait cédé à des efforts aussi intenses et aussi fréquents.

La disparition brusque de la laryngocèle, après la suppression du polype, prouve bien que l'augmentation de pression aérienne provenait de l'obstacle créé par le polype au-dessus de l'entrée des ventricules. Dès que le polype du larynx fut extrait, le ventricule cessa de se soulever sous l'influence des efforts phonatoires. Le malade fut guéri du même coup et de son polype et de sa hernie ventriculaire.

Je viens de relire l'observation publiée par mon ami Raugé en 1897, cas de laryngocèle double, interne et externe, et je me suis rendu compte que, chez son malade, le même processus pathologique avait présidé à la formation de la hernie ventriculaire. Il s'agissait d'un syphilitique qui, après la destruction complète de ses cordes vocales, arrivait à émettre des sons forts en formant une nouvelle glotte au moyen de ses bandes ventriculaires. La pression aérienne au-dessous de ces dernières s'exerça bientôt avec une telle force qu'elle dilata le ventricule en donnant lieu à une hernie interne et à une hernie externe cervicale.

La caractéristique des laryngocèles internes est de faire saillie dans la phonation et de disparaître dans l'inspiration. Pendant cette dernière les parois du ventricule s'affaissent et la hernie disparaît jusqu'au prochain effort phonatoire.

Mais la phonation n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la formation des laryngocèles. Il existe d'autres causes mécaniques telles que la toux et les efforts divers (accouchement, vomissement, fardeaux, etc.). Il n'est pas toujours nécessaire de faire intervenir une disposition anatomique spéciale ou anormale pour expliquer la dilatation pathologique du ventricule. On conçoit bien que, dans le cas de Raugé et dans le mien, la répétition des efforts pendant plusieurs années soit arrivée à triompher de la résistance du ventricule. Ainsi dans une observation publiée par Beausoleil, la laryngocèle n'apparut qu'au bout de dix-huit mois, sous l'influence d'une toux chronique violente et quinteuse.

Il est des cas cependant où la hernie se produit d'emblée

par un effort violent. Tel est celui mentionné en 1897 par Pantaloni. Une tumeur gazeuse apparut subitement au niveau du cou chez un homme qui montait à un premier étage une balle de farine de 122^{kg},5. Dans ces cas de hernie subite on peut admettre qu'il existe cette disposition anatomique particulière que Virchow a décrite sous le nom de *Laryngocèle ventriculaire*. Sappey prétend même que cette disposition est normale sur quelques sujets chez lesquels on rencontre des prolongements ventriculaires allant jusqu'à la base de la langue. Cette disposition rappellerait les poches laryngées que l'on rencontre chez les Quadrumanes.

Les recherches que j'ai faites pour retrouver les cas où la laryngocèle est *strictement confinée dans l'intérieur du larynx*, m'ont prouvé que les cas de ce genre étaient en nombre fort restreint. Je n'ai trouvé que quatre observations. Un cas de Bennet (1875) dans lequel il y avait deux poches laryngées.

En 1898, H. V. Schrötter a cité le cas d'un enfant de 8 ans porteur d'une tumeur ventriculaire qui disparaissait dans l'inspiration.

Alexander de Berlin (1901) cite également une hernie ventriculaire gazeuse, laryngocèle gauche.

La même année, Cohen Tervaert publie une laryngocèle gauche avec tendance légère à la hernie du côté droit.

Avec le cas que j'apporte aujourd'hui ce sont, je le crois du moins, les seules observations dans lesquelles la laryngocèle était uniquement ventriculaire sans formation semblable du côté du cou.

Si la guérison chez mon malade a été rapide et facile, il n'en est pas de même dans la majorité des autres cas. Quelques tentatives chirurgicales ont cependant été faites pour des laryngocèles externes, quelques-unes ont été suivies de succès.

III

CHIRURGIE DU SINUS FRONTAL

(TRÉPANATION SIMPLE. — SINUSECTOMIE)

Par **Georges LAURENS**

(Clinique Oto-laryngologique de la Trinité).

Je ne décrirai exclusivement dans ce travail que le traitement chirurgical des sinusites purulentes chroniques et en particulier les *indications* et le *manuel opératoire*.

Ce grand chapitre de la chirurgie des sinus de la face constitue la synthèse de la plupart de mes observations et de ma pratique personnelle. La technique opératoire que j'adopte dans le traitement des sinusites est inspirée dans ses grandes lignes de méthodes chirurgicales bien connues, mais que j'ai modifiées dans quelques détails.

Au point de vue anatomo-chirurgical, le sinus est véritablement protéiforme et il réserve toujours d'innombrables surprises au cours de sa trépanation, quant à ses dimensions, son ampleur et ses lésions.

J'exposerai les indications et le manuel tels que je les comprends et à ce point de vue opératoire, je ne retiendrai que deux procédés chirurgicaux : 1° la *trépanation simple* qui donne très souvent des résultats parfaits et de tout repos, 2° une opération que j'appellerai la *sinusectomie* ou suppression totale du sinus que je pratique systématiquement dans ces cas de récédive ou d'accidents de voisinage : orbitaires ou naso-cérébraux.

Ce travail est accompagné d'un tableau résumant la statistique de 71 trépanations du frontal que j'ai faites depuis plusieurs années.

J'étudierai successivement : les indications, les méthodes opératoires, le choix du procédé, la technique de la trépanation simple, la technique de la sinusectomie, les résultats.

I. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

Je les range en deux groupes. Elles peuvent être :

1° d'urgence ; 2° d'opportunité.

A. — INDICATIONS D'URGENCE

Il faut trépaner le sinus frontal, dans toute sinusite *compliquée* :

1° d'*accidents encéphaliques* (méningite, abcès extra-dural, abcès cérébral). Convulsions, coma, fièvre élevée, ou simplement phénomènes de dépression, troubles nerveux à signification grave, au cours d'une sinusite suppurée ou après une opération antérieure, commandent une intervention rapide ;

2° d'*accidents orbitaires* (*phlegmons*, etc.) ;

3° d'autres *signes d'extériorisation*, tels qu'un phlegmon sous-cutané.

Dans tous ces cas, pas de temps à perdre, rapidement il faut ouvrir le sinus.

B. — INDICATIONS D'OPPORTUNITÉ.

1° Dans toute *sinusite purulente aiguë avec rétention*. — Céphalée persistante, ostéopérioste orbitaire, infection des autres sinus, et tous symptômes ne cédant pas au traitement médical en quelques semaines sont autant de raisons d'intervenir.

Ces indications sont tout à fait exceptionnelles, car, dans l'immense majorité des cas, la sinusite aiguë, traitée dès le début, guérit, quelles que soient la virulence de l'infection et l'in-

tensité de la céphalée frontale, qui, avec l'écoulement, constituent les deux principaux symptômes.

A cette période initiale, une seule indication thérapeutique : faire cesser la rétention dans le sinus et faciliter l'écoulement du pus à travers le canal naso-frontal obstrué.

On y arrive par plusieurs procédés :

a) *L'inhalation d'alcool mentholé.* — Méthode médicale la plus simple. Dix fois par jour, pendant dix minutes, le malade respirera la vapeur qui se dégage d'un bol d'eau bouillante contenant une cuillerée à café de

Alcool	100 grammes
Menthol	5 grammes.

Le bol sera recouvert d'un entonnoir renversé et l'inhalation sera faite par le tuyau garni d'un tube de caoutchouc introduit dans la narine.

Le traitement sera suivi régulièrement pendant dix à quinze jours et continué pendant plusieurs semaines avec intermittences.

Afin de faciliter la pénétration de ces vapeurs dans le méat moyen, j'utilise la propriété vaso-constrictive puissante de l'adrénaline et je conseille préalablement à l'inhalation une instillation dans le nez de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à $\frac{1}{5000}$.

b) *L'aspiration du pus.* — Après adrénalinisation et inhalation, on fait un *Politzer négatif* (Seifert) ; au lieu d'insuffler l'air dans la fosse nasale, on pratique, au contraire, une aspiration. La poire est aplatie et on la laisse brusquement se regonfler au moment où le malade exécute un mouvement de déglutition.

La sinusite frontale aiguë : *traitée*, guérit presque toujours ; *négligée*, peut se tarir naturellement, ou passe à l'état chronique.

2° Dans les sinusites frontales purulentes chroniques. — Plusieurs cas à considérer :

A. — SINUSITE ISOLÉE

a) L'empyème est *clos, unilatéral, isolé*, caractérisé par un écoulement purulent peu abondant, à peine appréciable parfois, accompagné d'une très légère céphalée, à forme mi-graineuse, très intermittente, et à maximum de tension pendant la grippe ou les coryzas. — L'indication opératoire est discutable suivant les chirurgiens. Je crois que l'abstention est préférable à l'intervention, à la condition de mettre le malade en observation intermittente. Il sera bon, si l'on conseille l'abstention au malade, de le prévenir de la situation et de la possibilité des complications, exceptionnelles du reste. Depuis sept ans, j'observe ainsi un certain nombre de malades atteints de sinusite frontale pure, et qui n'ont jamais eu d'accidents.

b) L'empyème est *clos, uni ou bilatéral*, mais s'accompagne : 1° d'une *rhinorrhée purulente* abondante ; 2° de *signes de rétention* caractérisés par des crises douloureuses. — En pareil cas, opérez et insistez vivement auprès du malade ; les complications crânio-orbito-sinusales sont beaucoup plus à craindre.

B. — SINUSITE COMBINÉE A D'AUTRES EMPYÈMES SINUSIENS
(double sinusite frontale, sinusite fronto-maxillaire).

Qu'il y ait ou non des accidents, préchez l'intervention.

C. — SINUSITE COMPLIQUÉE

a) De troubles de l'état général : troubles dyspeptiques, bronchites, infection générale, pseudo-neurasthénie, etc. ;

b) De troubles orbito-oculaires, les plus fréquents de tous (abcès endo-orbitaires, dacryocystites, paralysies, troubles d'accommodation) ;

c) De fistules dont le siège est presque toujours l'angle supéro-interne de l'orbite ;

d) D'accidents intra-crâniens.

II. — METHODES OPÉRATOIRES

Deux procédés : 1° la *trépanation simple* du sinus ;

2° La *sinusectomie* ou suppression de la cavité sinusale par résection de ses parois antérieure et inférieure.

1° Trépanation simple.

Plusieurs voies : a) voie frontale ; b) voie orbitaire ; c) voie fronto-orbitaire.

a) TRÉPANATION PAR VOIE FRONTALE

C'est le procédé de Ogston-Luc, qui consiste dans l'ouverture du sinus par sa paroi antérieure, c'est-à-dire par sa table externe, le curettage et le drainage par voie nasale, tout en conservant la cavité sinusale.

Ce procédé offre des avantages et des inconvénients.

Avantages. — 1° Il est *élégant* et assure un résultat esthétique parfait, puisque le tracé opératoire fait sur le sourcil est invisible ; il n'y a donc aucune défiguration.

2° Il assure le *drainage par voie naturelle* à travers le canal naso-frontal, en faisant la réunion immédiate, en supprimant le drainage externe, source de fistules et d'infections.

Inconvénients. — Il expose aux *récidives* et c'est le seul désavantage sérieux dont la méthode soit passible. Ces récidives tiennent à ce qu'un grand principe de la chirurgie générale se trouve ici en défaut : la persistance d'un espace mort. Or, la cavité sinuso-frontale refermée après l'opération et drainée non plus comme le sinus maxillaire, par un large orifice, mais par un long canal étroit, réalise toutes les conditions susceptibles de la réinfection :

1° Bourgeonnement des parois, d'où occlusion de la lumière du canal, rétention purulente, fistulisation ;

2° Curettage incomplet, dû à l'impossibilité de fouiller à la curette les prolongements multiples, temporaux et orbitaires, en particulier ;

3° présence d'une ethmoïdite insuffisamment curettée.

b) TRÉPANATION PAR VOIE ORBITAIRE

Ce procédé opératoire employé systématiquement offre comme :

Avantages. — De conduire fatalement dans le sinus, ce qui a son importance : a) s'il est petit et b) si la cloison inter-sinusienne est déviée.

Je crois cet avantage minime, car il est tout à fait exceptionnel en trépanant le sinus au lieu d'élection : 1° de tomber sur la dure-mère (absence de sinus) ; 2° de plonger dans le sinus du côté opposé. On doit presque toujours rencontrer le sinus frontal quand on le cherche par voie frontale ; s'il échappe, il est toujours temps de récliner le périoste orbitaire et d'attaquer la cavité par son plancher.

Inconvénients. — 1° *Curettage insuffisant* dû à la déclivité de l'orifice de trépanation qui ne permet pas de fouiller avec la curette toutes les anfractuosités du sinus.

2° *Longueur des pansements* due au drainage et à l'épidermisation lente de la cavité, si l'on emploie la méthode de Jansen ;

3° *Déformation de la face* due à la présence de cet orifice sus-orbitaire (Jansen) ;

4° *Possibilité de récidence*, si on referme et si on draine par le nez.

c) TRÉPANATION PAR VOIES FRONTALE ET ORBITAIRE COMBINÉES

Le sinus est ouvert à la fois par les deux voies : *frontale* et *orbitaire* (procédé de Killian).

Avantages. — 1° Il a la prétention d'éviter la déformation faciale puisqu'il respecte l'arcade de l'orbite ;

2° Il permet le curettage du recessus sus-orbitaire et l'at-

taque plus franche de l'éthmoïde, grâce à la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Inconvénients. — Il laisse toujours persister un espace mort, pour peu que le sinus soit profond.

2° — Sinusectomie.

Je désigne ainsi la *suppression du sinus par résection de ses parois antérieure et inférieure*, etaccolement des téguments à la table osseuse sous-jacente.

Cette méthode a été appliquée de tout temps par les chirurgiens, aussi bien pour la sinusite frontale simple, que pour la sinusite compliquée, en particulier pour les fistules du sinus frontal. En 1896, Bois, dans sa thèse, la décrit comme procédé courant de la cure radicale des fistules frontales, il y joint même comme règle le drainage fronto-nasal. Comme nombre de méthodes, le procédé mis en pratique par les chirurgiens ordinaires et bien décrit en France, a été repris, vulgarisé et baptisé à l'étranger.

Avantages. — Cette méthode réalise un véritable Estlander du sinus frontal (Panas) et assure : 1° la cure radicale définitive, puisque tout le sinus a disparu ; et, 2° la guérison rapide.

Inconvénients. — Malheureusement elle a contre elle :

1° La *déformation* frontale et la *défiguration* du malade, qu'il est impossible de prévoir avant l'opération, mais dont on peut préjuger de l'étendue cependant par l'éclairage du sinus frontal sain qui donne approximativement les dimensions de la brèche osseuse que le chirurgien va entailler. Cette déformation est liée tout d'abord à la suppression de toute la paroi antérieure du sinus, mais aussi et surtout à la résection de l'arcade orbitaire, plus ou moins saillante, et au déboulement assez fréquent de la voûte orbitaire, ainsi que je l'ai constaté chez plusieurs de mes opérés. La défiguration est donc proportionnelle à l'ampleur du sinus.

2° La *diplopie* qui a été constatée par certains auteurs, mais que je n'ai jamais relevée que d'une façon temporaire

chez tous mes opérés, sauf un, pendant quelques jours ou plusieurs semaines seulement. Elle est liée à la désinsertion de la poulie du grand oblique.

III. — CHOIX DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

En résumé : 1° *plusieurs types de sinusite frontale*, selon qu'elle est :

- a) Isolée ;
- b) Combinée à d'autres sinusites ;
- c) Complicquée d'accidents orbitaires ou endo-crâniens.

2° De *multiples procédés opératoires*, ayant pour but la cure radicale de la sinusite, différant tout simplement par l'étendue de la résection osseuse.

Celle-ci peut en effet porter :

a) Sur une zone minime de la table externe du frontal, n'excédant pas la dimension d'une large couronne de trépan (deux centimètres de diamètre environ) ;

b) Sur toute la table externe du sinus ;

c) Sur la totalité des deux parois : antérieure et inférieure.

Parmi tant de méthodes empressées à satisfaire le chirurgien, chaque opérateur est soit exclusif de l'une d'elles, soit éclectique.

Voici la conduite que j'ai adoptée dans mes sinusites frontales chroniques, pures ou combinées, mais non compliquées, et qui est, je crois, chirurgicale, car elle s'inspire des principes de la chirurgie générale conservatrice. Or, la grande indication ici, est l'esthétique ; à aucun prix, on ne doit d'emblée proposer une opération mutilante. Un membre atteint de fractures multiples et compliquées était autrefois amputé ; actuellement les foyers sont désinfectés, des résections et sutures osseuses pratiquées, le chirurgien retarde et évite à tout prix la circoncision du membre. Et il est arrivé que plus la chirurgie a progressé, plus elle a été et devient conservatrice.

Or, à tout malade atteint de *sinusite frontale chronique*, non compliquée, on doit proposer et pratiquer :

1° Une *trépanation simple, par voie frontale, n'entraînant pas la moindre défiguration*. Ce point de vue esthétique est primordial.

Avant l'intervention, le malade sera prévenu : a) que son affection *nécessite une opération* ; — b) que celle-ci peut le guérir sans la moindre déformation, mais qu'il est absolument impossible de garantir la récurrence de la sinusite, que seulement au moment de l'ouverture du sinus, le chirurgien pourra être approximativement fixé sur ce point, car : *petit sinus-guérison*, sans déformation et avec peu de chances de récurrence ; *grand sinus-récurrence fréquente* dont le pourcentage nous est impossible à déterminer, mais qui nécessite une seconde opération, celle-là mutilante.

2° Une *sinusectomie*, c'est-à-dire une *résection* soit de la paroi antérieure seule, soit simultanément de cette paroi et du plancher, c'est à-dire de l'arcade orbitaire, s'il y a eu récurrence après la première intervention. *L'étendue de l'aire osseuse à supprimer sera uniquement déterminée par la facilité plus ou moins grande de l'accolement des téguments contre la paroi osseuse profonde, qui doit être recouverte en totalité*.

Donc deux *procédés opératoires à retenir* :

1° *Trépanation simple du sinus par voie frontale (méthode de Ogston-Luc) indiquée* : a) dans les sinusites pures, isolées ; b) dans les sinusites combinées (double sinusite frontale, sinusite fronto-maxillaire, etc). *C'est le procédé de choix*.

2° *Sinusectomie*, c'est-à-dire suppression du sinus par résection des parois antérieure et inférieure.

Je décrirai donc :

1° La *trépanation classique par voie frontale*. Accessoirement j'exposerai le manuel de l'ouverture du frontal, a) par les deux voies frontale et orbitaire combinées (procédé de Killian) ; b) par la voie orbitaire (procédé de Jansen) ;

2° La *sinusectomie*.

IV. — TRÉPANATION SIMPLE PAR VOIE FRONTALE, A UN OU PLUSIEURS ORIFICES

La technique est celle que je suis depuis plusieurs années, c'est-à-dire le procédé d'Ogston-Luc, avec quelques modifications de détails.

A. — Instruments

1° Arsenal de chirurgie osseuse ; bistouri ordinaire et à résection, pinces hémostatiques, pinces à disséquer, écarteurs à griffes et de Farabeuf, rugine, aiguille de Reverdin, ordinaire et fine, pour suture intra-dermique ; gouge, maillet, etc., fines curettes droites et coudées, longue aiguille de trousse que l'on coude au niveau de son œillet ;

2° Compressez aseptiques, longues et étroites pour l'hémostasie ;

3° Eclairage électrique avec le miroir de Clar.

B. — Préparation de l'opéré

Le sourcil est rasé dans toute sa longueur, la région opératoire (front, paupière supérieure, racine du nez) est savonnée, brossée, nettoyée à l'alcool, l'œil étant fermé et protégé par une compresse aseptique.

Une large compresse stérilisée, fixée aux cheveux par des pinces, trouée en son centre, recouvre la tête et la face, laissant seulement à découvert la région d'attaque, l'œil et la face du côté opposé. Le chloroformisateur évitera de souiller avec les mains le champ opératoire : il se placera latéralement du côté opposé.

C. — Technique

Cinq temps : 1° incision des téguments et découverte de la région ; 2° trépanation du sinus ; 3° curettage ; 4° drainage fronto-nasal ; 5° sutures et pansement.

Premier temps. — INCISION DES TÉGUMENTS. DÉCOUVERTE DE LA SURFACE OSSEUSE

Placez-vous à la droite ou à la gauche du malade, selon le côté à opérer, mettez votre aide en arrière de la tête. Incisez d'emblée jusqu'au périoste et de bout en bout, la région du sourcil en son milieu, sur toute sa longueur, de façon à dissimuler la cicatrice par les poils. Cette incision, longue, suffit à découvrir largement le sinus; inutile donc et disgracieux d'en mener une seconde, verticale, perpendiculaire à la première, tombant sur son extrémité interne, comme le conseillent quelques auteurs. Repassez dans l'extrémité interne de votre incision, avec le bistouri à résection pour diviser le périoste; pincez les artères qui donnent, ferme parfois; confiez les hémostatiques à l'aide, épongez et *ruginez* le périoste en haut et en bas sans dépasser l'arcade orbitaire en bas. Réclinez les deux tranches cutanéopériostées à l'aide d'*écarteurs* à griffes, l'une en haut, vers le front; l'inférieure vers l'œil.

Profitez de l'hémostase soigneuse pour rechercher le nerf frontal interne et le sectionner au ras du tronc sus-orbitaire, manœuvre absolument inoffensive et qui évite l'englobement du tronc nerveux dans un tissu cicatriciel et une névrite possible.

La table externe du sinus est bien à découvert.

Deuxième temps. — TRÉPANATION DU SINUS

Dénudez bien l'os, jusqu'à : 1^o la ligne médiane, 2^o la racine du nez, 3^o le rebord convexe de l'arcade orbitaire.

Points de repère. — Faites passer une ligne *verticale* par le milieu du front et de la racine du nez. Menez une seconde droite, perpendiculaire à la première, tangentielle à l'arcade orbitaire. A un centimètre en dehors du point d'intersection de ces deux droites, sur la ligne horizontale, est le point d'élection de la trépanation.

Avec une fine gouge (mieux en main et aussi rapide que le trépan et la fraise électrique), à tranchant bien effilé (chaque ciseau et gouge ayant servi à une opération osseuse dans une région délicate, devant être repassé), pour produire le minimum d'ébranlement, d'une largeur de lame d'un centimètre, appliquée un peu en dehors (environ à un centimètre) de la ligne médiane, immédiatement au-dessus de la racine du nez et de l'arcade orbitaire, trépanez l'os au siège d'élection.

La surface d'attaque, doit avoir environ près de un centimètre carré. Frappez du maillet à coups modérés pour éviter des éclats osseux et l'ouverture de la paroi profonde ; avancez avec prudence et évidez en quelque sorte une cupule osseuse.

Plusieurs cas se présentent :

1° *L'os est atteint d'ostéite*, violacé, la taille osseuse est facile, votre gouge a rapidement fait d'énucléer une rondelle ou un carré d'os et aussitôt vous apercevez, soit : α) une *membrane* grisâtre, mince et facilement dépressible *sans battements* ; de la pointe de la sonde cannelée, éraillez-la superficiellement et immédiatement se produit l'évacuation du pus ; β) du *pus* épais, fétide, qui émerge de la profondeur, sourd comme d'une fontaine et bave sur la margelle osseuse ; γ) des *fungosités* parfois animées de battements et qui font hernie : rassurez-vous, ce n'est ni la dure-mère, ni un abcès extradural ; δ) un liquide *albumineux*, filant (mucocèle du sinus).

2° *L'os est éburné*, et comme dans les mastoïdes scléreuses, se laisse entamer difficilement, creusez cependant jusqu'à une profondeur de un demi centimètre, avant de rechercher l'antre sinusal par un autre procédé.

Vous avez bientôt la sensation d'une résistance vaincue, et d'avoir effondré une paroi, retirez le dernier copeau taillé afin d'éviter sa pénétration dans la cavité, et alors de deux choses l'une : α) *l'instrument a pénétré dans le sinus*, β) il a rencontré une *membrane tendue*, un véritable tympan constituant le fond du puits osseux. Si vous êtes bien certain de vos points de repère et n'avez pas trépané trop haut, n'hésitez pas à l'érailler comme précédemment, du bec de la sonde cannelée. La muqueuse sinusale, extrêmement mince, se laisse traverser

presque aussitôt. Avez-vous affaire par hasard à la dure-mère, sa consistance très dure et son épaisseur ne permettra pas une effraction aussi facile ; en outre, la pulpe du doigt perçoit immédiatement les battements.

Pendant ce temps, PLUSIEURS CAS OPÉRATOIRES : 1° *dénudation de la dure-mère* ; 2° *ouverture du sinus opposé* ; 3° *le sinus est sain*.

1° *Dénudation de la dure-mère et ouverture du sinus opposé.*

Faites une hémostase rigoureuse, et refermez immédiatement la plaie en suturant les deux lèvres cutanéopériostées.

Le sinus *n'étant pas* là où il *aurait dû* être, à moins qu'il ne soit réellement là où vous ne l'avez pas recherché — il faut en présence de cette anomalie — ou de cette erreur — procéder à sa recherche, et ce, par *voie orbitaire*.

Mais alors un problème se pose sur la conduite à tenir. L'opération doit-elle être :

a) *Immédiate* et exécutée séance tenante ? Faut-il ouvrir l'orbite et par là se créer une voie d'accès dans le sinus ? n'y a-t-il pas lieu de craindre l'infection extra-durale et du sinus opposé, en raison de la proximité des deux centres opératoires ?

b) *Retardée*, et exécutée seulement dans une séance ultérieure, douze à quinze jours après la première intervention, alors que la cicatrisation aura constitué une barrière fibreuse, solide, et isolé les deux foyers, aseptique et supprimé.

Cette dernière conduite est préférable s'il n'y a aucune urgence. Dans le cas au contraire où l'ouverture du sinus serait absolument indiquée, par une complication endocrânienne, par exemple, il faudrait :

- α) suturer tranches périostiques et cutanées ;
- β) faire un pansement protecteur au collodion par exemple.
- γ) pratiquer une seconde incision, à un centimètre audessous de la seconde, curviligne, embrassant la moitié interne du rebord supérieur de l'orbite, et descendant jusqu'à la racine du nez, près de la commissure.

4^e refouler le périoste et attaquer le sinus dans l'angle supéro-interne de l'orbite, immédiatement au-dessous de l'arcade.

2^e Sinus sain.

Appliquez une compresse sur l'orifice de trépanation, afin d'éviter la chute du sang dans la cavité sinusale, tordez ou jetez des ligatures sur toutes les artérioles, et suturez.

L'ORIFICE DE TRÉPANATION ÉTANT CRÉÉ, il faut :

a) *Explorer l'endo-sinus* avec une sonde flexible, dans toutes ses directions, mais surtout en dedans, afin de repérer exactement la cloison intersinusienne. Cette exploration doit être prudente, afin d'éviter la pénétration du stylet à travers une déhiscence normale de la paroi osseuse.

b) *Agrandir* l'ouverture sinusale, excentriquement, plutôt en haut vers le pont ; en bas, dans la direction du canal naso-frontal. Ce temps pourra être exécuté, sans aucun instrument protecteur, soit à la gouge et au maillet, soit à la pince-gouge. L'exploration précédente permettra d'éviter : l'effondrement de la cloison et la pénétration dans le second sinus, la blessure de la table profonde et la dénudation de la dure-mère, l'éclatement du rebord orbitaire qui doit rester intact.

Les dimensions de l'orifice, qui devra être circulaire, seront d'environ un centimètre et demi : de la sorte le malade n'a aucune défiguration ou tout au plus un léger méplat au niveau de l'orifice de trépanation.

c) *Tamponner* la cavité sinusale avec des compresses longues, étroites, analogues à celles qui servent dans l'évidement pétro-mastoïdien. Ce tamponnement permet d'évacuer la presque totalité de pus et d'énucléer les fongosités qui se pressent, sous-jacentes, à l'orifice.

d) *Mesurer les limites extrêmes du sinus* ; car le sinus est : *petit, moyen, vaste, avec ou sans diverticules.*

Lorsque le sinus est : *petit et moyen sans diverticules*, passez directement au temps suivant, c'est-à-dire au curettage.

Quand le sinus est : *moyen (avec diverticules) ou vaste*

(avec ou sans diverticules), je conseille, plutôt que de réséquer la totalité d'une paroi, de pratiquer un ou deux orifices secondaires de trépanation, correspondant aux prolongements sinusaux.

Cette technique permet :

1° D'éviter, grâce à ces points osseux intermédiaires une large résection osseuse et une déformation.

2° De pratiquer, grâce à ces contr'ouvertures, un curetage direct et plus complet de la cavité.

3° Une endoscopie sinusale, grâce à la projection d'un foyer lumineux à travers un orifice, qui éclaire l'intérieur de la cavité sinusale et permet d'inspecter l'endo-sinus et ses recessus, à l'aide d'un miroir placé à un autre orifice.

Evidemment la trépanation par ce procédé n'évite pas la persistance de l'espace mort.

Je considère trois points d'élection pour les orifices secondaires de trépanation ; par ordre de fréquence, ils siègent : 1° *en dehors*, au niveau du prolongement orbitaire ; 2° *en bas*, au niveau du prolongement orbitaire et quelquefois du dédoublement de la voûte de l'orbite ; 3° *en haut*, vers le sommet du front.

Ce temps complémentaire de l'opération sera exécuté comme l'ouverture du premier orifice : c'est-à-dire rugination du périoste à ce niveau et trépanation à la gouge.

La trépanation de l'orifice externe (*temporal*) ne présente rien de particulier : le périoste est incisé, écarté, et l'os est attaqué à la gouge après un repérage de l'endo-sinus avec le stylet.

La trépanation de l'orifice inférieur (*orbitaire*) s'effectuera par le procédé suivant : ne détachez pas le périoste de la lèvre inférieure avec la rugine qui dénuderait l'arcade orbitaire, incisez plus tôt le périoste à un centimètre au-dessous du rebord orbitaire, ruginez l'os et attaquez le sinus.

L'ouverture de l'orifice supérieur (*frontal*) ne nécessite pas, dans l'immense majorité des cas, une seconde incision verticale tombant à l'extrémité de la première, et déterminant la formation d'un lambeau triangulaire. En général, un écarteur réclinant fortement ce lambeau, permet une trépanation distincte et séparée du premier orifice par huit à dix millimètres

enlèvement de pont osseux. La peau ne sera incisée que s'il est absolument impossible de récliner le lambeau supérieur, et dans ce cas un léger débridement de un demi à un centimètre suffit.

Ces trépanations secondaires sont d'une technique facile, ne compliquant nullement une opération simple, et valent bien le risque d'éviter une mutilation au malade. Enfin l'échec de ce procédé permet toujours de recourir à la sinusectomie.

Troisième temps. — CURETTAGE DU SINUS

Le curettage de la *cavité sinusale* sera fait avec curettes droites et coudées, méthodiquement exécuté en tous sens, sur les parois et principalement : 1° dans l'angle dièdre formé par la rencontre des deux lames du frontal, en haut ; 2° dans les diverticules temporal et orbitaire ; 3° sur la cloison inter-sinusienne ; à ce niveau l'instrument sera manié avec beaucoup de douceur afin d'éviter la perforation de la paroi et la pénétration dans le sinus opposé. Le curettage trop énergique, en particulier de la cloison et de la paroi cérébrale, serait susceptible d'entraîner une ostéite traumatique, et par conséquent, une récurrence sinusale.

Après avoir cureté les fongosités, décortiqué la muqueuse, fouillé tous les angles et diverticules, une dernière inspection de la cavité à la lumière électrique sera pratiquée, et lorsque tout tissu pathologique aura été enlevé, on fera un tamponnement temporaire supéro-externe, à la gaze aseptique, et on procédera au quatrième temps.

Quatrième temps. — DRAINAGE FRONTO-NASAL

Ce temps comprend :

- 1° le curettage du canal naso-frontal ;
- 2° le drainage par l'agrandissement excentrique de ses parois ;
- 3° l'introduction d'une mèche sinuso-nasale.

1° Curettage du canal naso-frontal.

Cette manœuvre est :

1° *Capitale*, afin de débarrasser le canal des fongosités qui la remplissent, de créer une voie de drainage, naturelle et décline aux liquides formés dans le sinus, de curetter l'ethmoïde qui entoure le canal naso-frontal comme d'un manchon, et par conséquent se trouve placé au premier plan pour faire éclore une récive.

2° *D'exécution difficile parfois*, par suite de la saillie du rebord osseux, qui masque la vue du canal et gêne l'engagement de la curette. Une abrasion de deux ou trois millimètres du rebord osseux inférieur, facilite beaucoup le maniement de l'instrument.

3° *Doit être pratiquée avec une longue curette droite*, dont la cuiller offre un demi-centimètre de diamètre environ. Pour l'exécution de ce temps opératoire, changez votre position première et venez vous placer en arrière de la tête du malade, de façon, avec votre miroir de Clar, à inonder d'un faisceau lumineux l'orifice supérieur, infundibuliforme, et le trajet du canal. Cherchez cet orifice avec le bec d'une sonde cannelée, en partant de l'angle inféro-interne du sinus, c'est-à-dire de la cloison intersinusienne et en dirigeant l'instrument en dehors. Dès qu'il est repéré, introduisez la curette obliquement en avant et en bas, dans un plan médian, le tranchant de la cuiller dirigé en avant, comme si vous vouliez atteindre la narine correspondante ou du moins le milieu du plancher de la fosse nasale.

Curettez dans deux directions, sans danger, en avant et en dedans. En arrière, il y a peu de risques de défoncer la paroi crânienne, en dehors, ne maniez pas l'instrument trop vigoureusement, pour ne pas traverser la paroi orbitaire.

La curette ramènera des fongosités plus ou moins abondantes, d'aspect lardacé, et brisera les minces lamelles osseuses qui constituent les cellules ethmoïdales antérieures.

Ce temps est assez hémorrhagipare, et détermine un écou-

lement sanguin dans le pharynx. Tamponnez donc par voie sinusale et par voie buccale.

2° Drainage fronto-nasal.

a) *Drainage par le canal.* — Le calibre normal du canal est rarement assez large pour qu'une fois cureté des fongosités qui le remplissent, il suffise à assurer le drainage.

b) *Drainage à travers l'ethmoïde.* — L'agrandissement excentrique des parois du canal est presque toujours nécessaire.

On le fait non avec un trocart ni avec une fraise, mais avec la curette ou la gouge. Il faut employer des curettes de plus en plus larges, auxquelles on imprime un mouvement de rotation dans le trajet du canal en défonçant et en faisant craqueler, les minces cloisons ethmoïdales, très friables, du reste. L'action de la curette portera surtout en haut et en arrière.

La gouge et le maillet seront indiqués lorsque le canal est long, étroit et ses parois dures, comme éburnées. Il faut alors, avec un fin burin, pratiquer une sculpture pariétale excentrique, surtout en arrière et en avant.

Un canal constituera une bonne voie de drainage lorsque sa lumière atteint à peu près le volume de l'extrémité du petit doigt, que l'extrémité d'une curette moyenne joue librement dans le méat moyen, et peut être facilement perçue avec le petit doigt introduit dans la narine.

Ce temps opératoire est très hémorrhagipare et nécessite plusieurs séries de tamponnement avec des longuettes de gaze.

Lorsqu'il est terminé, on écouvillonne l'ethmoïde seulement avec un porte-coton imbibé de chlorure de zinc à 1/20, en évitant qu'il ne s'en répande sur les parois sinusales et dans la fosse nasale.

On retire le tamponnement provisoire du sinus, pratiqué préventivement au curettage fronto-nasal, et qui était destiné à protéger la cavité ; on visite une dernière fois sinus et canal, et on se prépare à installer le pansement sinuso-nasal.

c) *Tamponnement sinuso-nasal.* — Avant de refermer la cavité, il est inutile de la drainer, au sens propre du mot, avec un tube, puisque le meilleur des drains naturels existe et a même été élargi : le canal fronto-nasal. Ce serait installer un drain artificiel, dans la lumière d'un excellent drain naturel.

D'autre part, lorsque le sinus a été refermé, il se produit aussitôt après l'opération dans sa cavité et dans celle du canal fronto-nasal, un suintement sanguin, qui se coagule, et bientôt les caillots vont remplir et combler plus ou moins le sinus et le canal. Leur communication avec un milieu septique comme les fosses nasales, ou simplement leur présence favorise leur suppuration et par suite la réinfection du sinus ; c'est la raison pour laquelle, depuis cinq ans, j'emploie toujours systématiquement le tamponnement sinuso-nasal.

Je le fais à l'aide d'une mèche de gaze aseptique placée dans le sinus et le canal fronto-nasal, de telle façon qu'elle puisse être facilement extraite par voie nasale.

L'installation de la mèche se fait en deux temps :

1° introduction d'un conducteur qui permet de faire glisser la gaze, du sinus vers le nez.

2° tamponnement sinuso-nasal proprement dit.

1° *Introduction du conducteur.*

On l'introduit de haut en bas, du sinus vers le nez, soit avec le cathéter de Panas ; 2° soit avec un stylet fortement coudé, ayant la direction du trajet à parcourir.

a) Le cathéter de Panas est composé d'une tige à courbure fixe, fixé sur un manche et dont la direction reproduit celle du canal. On introduit d'abord le bec de l'instrument dans l'orifice supérieur du canal fronto-nasal, le manche appliqué contre la joue ; puis, à mesure que son bec s'enfonce, on redresse peu à peu le manche, si bien que la manœuvre terminée, il se trouve perpendiculaire au front. Il faut agir prudemment, de manière à éviter les fausses routes.

Le passage du cathéter du canal dans la fosse nasale se fait parfois brusquement, avec ressaut. Une fois parvenu dans le

métal moyen, le bec est arrêté par la saillie en dedans du corne^t moyen. Sitôt cette résistance perçue, il faut incliner le cathéter de façon que son extrémité puisse contourner la saillie du corne^t, et descendre en suivant la cloison, jusqu'au plancher des fosses nasales. Au besoin, le petit doigt introduit dans la narine va au-devant de l'instrument et guide sa sortie (Panas).

b) Un simple stylet de trousse, une sonde cannelée, et mieux encore un stylet du nez, remplacent très simplement le cathéter de Panas, sans compliquer l'arsenal instrumental.

On recourbe avec le doigt l'instrument, de manière à lui donner la concavité du cathéter de Panas et on introduit l'extrémité dans le sinus de façon à la faire glisser à travers le canal et à la saisir par la narine correspondante avec une hémostatique.

A ce moment on fixe au bec du cathéter de Panas ou à l'extrémité du stylet du nez un gros crin de Florence ou un fil de soie noué solidement et on le ramène de bas en haut, du nez vers le sinus, à travers le canal, en retirant le manche de l'instrument. L'extrémité inférieure du fil est repéré avec une pince hémostatique.

2° Introduction de la mèche-tampon.

L'extrémité supérieure du fil est séparée du conducteur et nouée à la partie terminale de la mèche-tampon. C'est une bande de gaze aseptique, longue de 50 à 60 centimètres, large de deux bons travers de doigt, ne présentant aucune effilochure sur ses bords ; pour cela, il est bon de les replier et de tordre un peu la bande sur elle-même.

Cela fait, la main gauche tenant la totalité de la mèche-tampon, on introduit avec la pince à disséquer tenue de la main droite, la pointe libre de cette mèche, dans la partie la plus reculée du sinus, c'est-à-dire vers le prolongement temporal, et on tasse cette mèche du centre vers la périphérie de la cavité sinusale, peu comprimée, afin d'éviter la céphalée. Ce mode de tassement a pour but de permettre le déroulement fa-

cile de la mèche-tampon par le nez, au premier pansement : elle se dévidera comme un accordéon. Lorsque le sinus est au trois quarts bourré, on tire sur le fil de haut en bas, à l'aide de la pince narinaire, la mèche descend à travers le canal et vient faire hernie dans la fosse nasale qu'elle parcourt jusqu'à l'orifice antérieur. La gaze est attirée au dehors jusqu'à ce que la totalité du sinus soit remplie, en évitant toutefois que la mèche ne déborde le ou les orifices de trépanation.

Cinquième temps. — SUTURES. PANSEMENT.

Après le tamponnement, l'hémostase par torsion ou ligature des artères et fermeture de la plaie, lorsque tout suintement sanguin aura disparu.

Suture au crin de Florence des deux lèvres de l'incision, en prenant peau et périoste, à points séparés et très espacés afin d'éviter un trop grand nombre d'orifices cicatriciels. Trois ou quatre points suffisent en général pour permettre un affrontement très exact.

Il y a avantage à faire une suture intra-dermique, lorsque l'opéré est une femme et que le sourcil est peu fourni.

Avant d'exécuter ce mode de suture, il est préférable, pour bien réunir les deux lèvres de la plaie dans la profondeur, de faire un surjet profond au catgut, comprenant pannicule adipeux et périoste.

La suture intra-dermique se fait avec la petite aiguille de Reverdin et un fil très fin de catgut ou un crin de Florence. L'angle temporal de la plaie est maintenu fixe par le doigt d'un aide pendant toute la durée de la suture. Chacune des deux lèvres est à tour de rôle tendue et un peu renversée à l'aide de deux pinces à disséquer, dont l'une est tenue par l'opérateur, l'autre par son aide.

« L'aiguille pénètre d'abord à un centimètre au-dessus de l'angle de la plaie, traverse toute la peau et ressort dans la plaie, entraînant après elle, le fil jusqu'au niveau d'un nœud fait sur ce fil, près de son extrémité libre. Elle s'enfonce alors dans l'épaisseur d'une des lèvres, où elle suit un trajet intra-

dermique de 3 à 4 millimètres, en ressort et pénètre dans la seconde lèvre à un niveau qui correspond exactement à son point de sortie sur la première.

« L'aiguille, et par conséquent le fil qu'elle entraîne, suit, dans l'épaisseur de cette seconde lèvre, un trajet toujours intra-dermique, de même longueur que sur la lèvre opposée, puis elle sort de nouveau et regagne la première lèvre à la hauteur de son point de sortie de la seconde. On continue ainsi, alternativement sur une des lèvres de la plaie, puis sur l'autre, jusqu'à son extrémité. Le trajet du fil dessine un zigzag qui rappelle celui d'un lacet de corset, les œilletons étant représentés par les trajets intra-dermiques. Quand on est arrivé au bout de la plaie, on fait ressortir l'aiguille à 1 centimètre au-delà, en traversant de nouveau toute l'épaisseur de la peau.

Il ne reste plus qu'à resserrer de haut en bas la suture, en tirant successivement avec un crochet sur chacune des anses du surjet, à moins qu'on n'ait préféré serrer chaque point à mesure qu'il était placé. Lorsqu'on a achevé cette manœuvre, la plaie est réduite à la ligne d'incision et le fil complètement caché, sauf aux deux extrémités. Pour fixer le fil à sa sortie, il suffit de nouer sur lui un autre fil indépendant; la saillie de ce nœud arrête le chef terminal au niveau de la peau.

Pour enlever le fil (vers le 8^e jour), on attire l'un des chefs de manière à amener à l'extérieur une partie cachée du fil; on sectionne à ce niveau et on n'a plus qu'à tirer sur l'autre chef pour enlever facilement la totalité de la suture. » (Pozzi).

La cicatrice est linéaire, et à peine visible.

Le PANSEMENT s'exécute ainsi.

1^o *Instillation d'huile de vaseline stérilisée dans le cul-de-sac conjonctival.*

2^o *Badigeonnage de la paupière inférieure avec un tampon d'huile de vaseline.* Cette précaution a pour but d'éviter l'érythème palpébral et des douleurs au malade, en protégeant la région contre l'irritation provoquée par l'hypersécrétion conjonctivale.

3^o *Occlusion de l'œil correspondant par des compresses de gaze aseptique.*

4° Application de plusieurs compresses aseptiques sur la plaie et le front.

5° Ouate en assez grande quantité pour faire un tamponnement modéré. Bande crêpon Velpeau fixant le pansement, et prenant la joue et le menton.

La mèche-tampon sera légèrement enfoncée dans la fosse nasale, afin que le malade, dans les mouvements du réveil, ne la retire involontairement.

D. — Accidents et fautes opératoires.

Les principaux sont : 1° l'ouverture d'une des cavités périsinusale : cavité crânienne, sinus opposé, orbite ; 2° l'absence du sinus ; 3° l'ouverture d'un sinus sain.

1° OUVERTURE DU CRANE

La cavité crânienne peut être ouverte et la dure-mère dénudée pendant les deux temps opératoires suivants :

a) *Au cours de la trépanation du sinus.* — L'accident est dû alors : 1° soit à ce que l'orifice de trépanation a été creusé trop haut ; 2° soit à ce que, ayant bien trépané au lieu d'élection, on ait manqué le sinus qui est très petit, anormalement situé et logé très bas. — En pareil cas, refermez la plaie et allez à la recherche du frontal par voie orbitaire ; 3° soit à ce que le sinus ayant été bien ouvert, la gouge ait dérapé et entamé la table profonde.

b) *Pendant le curettage endo-sinusal.* — Exceptionnellement la lame profonde du frontal très mince ou friable en raison de l'ostéite dont elle est atteinte, se laisse défoncer par la curette trop vigoureusement maniée.

Cet accident, qui constitue une faute, dans le cas où la paroi est normale, et qui est salutaire au contraire si elle est malade, doit être réparée en agrandissant le pourtour de la brèche osseuse, à la curette, de façon à ne laisser filer aucune esquille osseuse dans la fosse crânienne et à enlever toute la lame atteinte d'ostéite. En outre, il serait imprudent dans ce cas, de

faire la réunion par première intention, car ce serait donner trop beau jeu aux adversaires de la méthode d'Ogston-Luc, s'il y avait récidence et complication crânienne. J'estime que, en pareil cas, il faut réséquer la paroi osseuse antérieure, sus-jacente, de manière à appliquer la face profonde des téguments directement sur l'orifice intra-crânienne.

2° OUVERTURE DU SINUS OPPOSÉ.

De même que celle du crâne, la perforation du sinus opposé peut être faite :

a) *Pendant la trépanation.* — Deux causes : 1° *mauvais repérage* et attaque de l'os sur ou trop près de la ligne médiane ; 2° *déviation de la cloison intersinusienne.*

Dans ces deux cas, refermez la plaie cutanée et attaquez le sinus par voie orbitaire soit dans la même séance, soit après cicatrisation.

b) *Pendant le curettage.* — La perforation de la cloison intersinusale est favorisée, par l'ostéite, la minceur ou la déchissance du septum, et réalisée par un curettage trop violent.

En pareil cas, protégez le puits ou la brèche de perforation, avec une petite compresse pendant toute la durée de l'opération, continuez sans vous en préoccuper et refermez.

La conduite ultérieure vous sera dictée par la marche des événements, et en cas d'infection du sinus opposé, vous appliquerez le traitement d'abord mentholé, puis chirurgical en cas d'échec. Le traitement mentholé a souvent guéri.

3° OUVERTURE DE L'ORBITE.

Il faudra l'éviter en curettant : a) le plancher du sinus ; b) le canal fronto-nasal. Pendant l'exécution de ce temps, on ne devra jamais diriger en dehors le tranchant de la curette.

Rarement, l'arcade orbitaire sera intéressée par un coup de gouge trop violent, qui déterminera une fracture.

L'effondrement de l'orbite à la curette offre rarement un inconvénient sérieux, car la capsule de Tenon forme tampon ; il

y a peu à craindre un phlegmon de l'orbite ou des troubles visuels.

4° ABSENCE DU SINUS.

Si malgré la trépanation faite au siège d'élection, vous ne trouvez pas le sinus, prolongez la rugination du périoste en bas et en dedans, au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite et attaquez le sinus par l'orbite, et à travers son plancher. En pareil cas, il est ordinairement très petit et forme en quelque sorte un évasement cupuliforme du canal fronto-nasal.

5° OUVERTURE D'UN SINUS SAIN.

Si cette erreur vous est arrivée, la faute n'est pas lourde, car grande est souvent la difficulté du diagnostic de la sinusite frontale; redoublez d'asepsie, faites une hémostase parfaite, pas de drainage, et refermez.

E. — Soins consécutifs.

Le malade doit garder le lit pendant quatre à cinq jours consécutifs la chambre pendant les dix à quinze jours suivants, éviter tout refroidissement et contagion, pendant un mois à cinq semaines.

Les deux premiers jours sont marqués parfois par des *douleurs sus-orbitaires*, liées au tamponnement exo et endo-sinusal et à la compression oculaire.

Le *premier pansement* a lieu, au bout de quarante-huit heures et comprend uniquement l'*extraction de la mèche-tampon*, par la narine, avec une pince hémostatique, bien fixée. L'ablation est souvent très douloureuse, elle sera faite doucement, par tractions modérées, afin d'éviter une souffrance trop marquée et surtout un arrachement trop brusque qui donnerait naissance à un suintement sanguin abondant, et à la production de caillots endo-sinusiens, contre la formation desquels a précisément été introduite la bandelette de gaze.

Je fais cette extraction, le malade étant presque dans la position assise, inclinée du côté sain, afin que l'écoulement sanguin se fasse dans une direction déclive, en bas, vers le nez.

La rhinoscopie antérieure est pratiquée aussitôt après l'ablation de la mèche, afin d'inspecter canal fronto-nasal et ethmoïde voisin ; puis, après avoir évacué les caillots par une forte expiration, on enfonce dans la fosse nasale une mèche aseptique, longue de huit à dix centimètres, destinée simplement à isoler l'endo-sinus. Un tampon de ouate dans la narine complète ce pansement sommaire et très simple.

Au point de vue des soins ultérieurs, il y a lieu de distinguer deux cas, selon qu'il y a ou non, des douleurs et de la suspiration.

1° ABSENCE TOTALE DE DOULEURS.

Le mode de pansement précédent sera exécuté quotidiennement, en raccourcissant la longueur de la mèche, qui ne joue absolument que le rôle d'organe isolant.

Abstenez-vous de tout nettoyage du nez ; pas de lavages surtout, ni de badigeonnages, oubliez que vous êtes rhinologiste et laissez de côté tout instrument.

Tout au plus, en faisant votre rhinoscopie quotidienne si vous aperceviez du pus ou des fongosités péri-naso-frontales, et d'origine ethmoïdale, pourriez-vous appliquer quelques gouttes de teinture d'iode, à ce niveau ; mais la valeur de cette manœuvre en tant que prophylaxie d'une récurrence me laisse fort sceptique.

Évacuez le contenu de la fosse nasale, mucosités sanguinolentes, en faisant souffler le malade.

Recommandez-lui d'éviter de se moucher, en pressant simultanément les deux narines, il risquerait un *emphysème* du sinus, en raison de la large communication sinuso-nasale.

Le huitième jour, enlevez les fils, et faites encore un pansement compressif jusqu'au douzième jour. Alors seulement, mettez un collodion et dégagez l'œil.

Surveillez l'état du nez, régularisez au besoin le cornet

moyen en enlevant au serre-nœud les esquilles, fragments de muqueuse et lambeaux avoisinant l'orifice inférieur du cana-naso-frontal. Ces petites interventions endo-nasales peuvent être faites cinq ou six jours après l'opération.

2° IL Y A DE LA TEMPÉRATURE OU DES DOULEURS.

Levez immédiatement le pansement, car le malade souffre, soit : a) d'une conjonctivite, soit : b) de l'infection de la plaie.

Contre la conjonctivite, nettoyez paupières et cils, vaselinez largement l'ouverture palpébrale, et instillez dans le cul-de-sac conjonctival, quatre à cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 %. J'ai toujours employé cette technique chez mes opérés souffrant d'une conjonctivite post-opératoire, elle amène une sédation rapide de la douleur et a rarement besoin d'être renouvelée.

En cas de suppuration, débridez, faites sauter crins ou catgut en cause et iodez la zone infectée. La suppuration peut être due : à la présence d'une esquille osseuse que vous avez laissée par mégarde, à l'infection par les points de suture ou à la récurrence de la sinusite. Chacun de ces cas comporte une conduite différente.

F. — Complications.

De deux ordres : les unes bénignes (œdème palpébral post opératoire, anesthésie hémifrontale); les autres plus graves (récurrence, sinusite opposée, accidents intra-crâniens).

1° OEDÈME PALPÉBRAL POST-OPÉATOIRE.

D'origine traumatique (application des pinces sur l'œil pendant l'intervention, tamponnement trop serré), et de pronostic bénin. Cède après un ou deux pansements.

2° CONJONCTIVITE.

Disparaît après l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent à 1 % et une onction palpébrale à la vaseline.

3° ANESTHÉSIE HÉMI-FRONTALE.

Due à la section du nerf sus-orbitaire, persiste pendant un an, dix-huit mois et davantage...

4° RÉCIDIVE.

C'est la principale complication à redouter. Quelle que soit sa cause (ampleur du sinus, avec présence de diverticules, infection par un empyème voisin méconnu : maxillaire, frontal, ethmoïdal; insuffisance de drainage due à l'étroitesse du canal, suppuration des caillots intra-sinusiens), elle apparaît en moyenne quinze à vingt jours après l'opération, quelquefois dans la huitaine.

Craignez-la : 1° si, au cours de vos pansements nasaux, vous voyez une couche de pus épais et crémeux, descendre le long du canal fronto-nasal ; 2° si malgré l'absence de douleurs, et un bon état général, la température n'atteint pas franchement la normale.

Rapidement, en quelques heures, de latente la récurrence s'affirme : la rétention s'accompagne de douleurs locales, de fièvre. Levez immédiatement le pansement, et vous apercevez une tuméfaction de la région frontale. Sans perdre de temps, incisez, drainez, largement, pansez, et le lendemain faites passer le malade à la salle d'opération : là, réséquez totalement son frontal.

De la sorte pas de tergiversation, pas d'hésitation, ni de demi-mesure, telles qu'un drainage extérieur ou par le nez telles que des lavages, des cautérisations, etc. ; partant pas de phlegmon frontal et de complications crânio-cérébrales ou de voisinage. Pas de considération esthétique, c'est la cure radicale qu'il faut. Autant il a fallu être conservateur en premier lieu, autant cette fois, il faut devenir radical ; l'opportunisme n'est pas de mise, et c'est je crois cette lenteur à prendre une décision rapide qui a causé les méfaits de la méthode. En pareil cas, il faut une sinusectomie.

Avant d'opérer, vous vous assurerez que les cavités pneu-

matiques voisines sont saines afin de ne pas méconnaître un foyer d'infection, origine de la récurrence. *En opérant*, explorez la table profonde.

La trépanation par le procédé de Luc aura échoué, c'est vrai, tout comme les meilleures méthodes chirurgicales, mais n'aura pas compliqué la situation.

Voilà la conduite que je suis. A toute règle, cependant, il y a des exceptions et tout récemment j'ai ouvert une sinusite frontale suppurée fétide avec ostéite de la paroi externe, qui récidiva le 5^e jour. Le sinus était moyen, la couronne de trépanation occupait la moitié de la paroi externe, il s'agissait d'une fillette. Je fis sauter les deux points de suture internes, lavai la cavité osseuse à l'eau oxygénée, drainai et fus assez heureux pour guérir l'enfant par ce procédé atypique, en l'espace de trois semaines.

5^e SINUSITE FRONTALE OPPOSÉE. ABCÈS INTRA-CRANIEN.

Vous n'aurez à redouter ces complications que si vous avez commis :

1^o Une faute opératoire ou post opératoire : a) *perforation du septum intersinusien* ou de la table profonde, avec réunion par première intention de la plaie sinusienne. Il faut, lorsque l'endo-crâne a été ouvert pendant l'intervention, réséquer la table antérieure, pour accoler les téguments sur la dure-mère. b) *inexploration de la table profonde* du sinus au cours de la première opération, ou au contraire grattage de cette paroi atteinte d'ostéite, alors qu'il eût fallu au contraire la réséquer largement ; c) *retard* apporté dans la seconde opération dès que la récurrence a éclaté.

2^o Une erreur de diagnostic (complication endo-crânienne ou sinusite opposée, préexistant à la trépanation). Je n'insiste pas : la persistance des douleurs après l'opération, la céphalée, les signes d'infection de l'endo-crâne doivent être relevés avec le plus grand soin.

G. — Modifications au manuel opératoire.

Il faut distinguer deux cas :

1° la sinusite frontale est *combinée* à d'autres empyèmes.

2° La sinusite est *compliquée* d'accidents para-sinusaux : fistule orbitaire, complications endo-crâniennes.

A. — Sinusite frontale associée à des empyèmes voisins

1° Sinusite frontale double ; 2° fronto-ethmoïdite : a) Communicante ; b) Close. — 3° Fronto-ethmoïdo-maxillaire ; 4° Pan-sinusite.

1° SINUSITE FRONTALE DOUBLE.

Il faut trépaner chaque sinus isolément et les drainer séparément. Donc :

a) deux incisions sourcilières *isolées*, et non une seule horizontale, d'une tempe à l'autre ;

b) deux orifices de trépanation distincts avec création d'orifices secondaires, si les sinus sont grands ;

c) effondrement de la cloison intersinusienne ;

d) après curettage des deux sinus, un drainage fronto-nasal pour chacun d'eux.

Il reste un grand espace mort constitué par la communication des deux sinus.

En cas de récurrence, réinciser chaque sourcil et faire la résection de la table externe seule ou du plancher, si c'est nécessaire, pour accoler paroi cutanée contre paroi osseuse.

2° SINUSITE FRONTO-ETHMOÏDALE.

Je distingue deux cas ; selon que :

a) le canal fronto-nasal est perméable.

b) la communication sinuso-nasale n'existe pas ou n'est pas apparente :

a) PREMIER CAS (*Cavité communicante*). — Il est classique. La sinusite frontale pure, sans participation ethmoïdale, est moins fréquente que la fronto-ethmoïdite. Quatre-vingt-quinze fois sur cent, on trouve facilement : *avant* l'opération, par la rhinoscopie ; *pendant* l'intervention, par le cathétérisme, la communication du foyer suppuré avec la fosse nasale correspondante : il existe un canal fronto-nasal dont l'agrandissement excentrique va constituer un mode de drainage tout naturel.

b) SECOND CAS. (*Cavité close*). — Il est exceptionnel. Cependant, au cours de fronto-ethmoïdites compliquées, en particulier fistulisées dans l'orbite depuis longtemps, j'ai trouvé une *cavité close*, fronto-ethmoïdale, sans que l'examen du méat moyen m'eût révélé la moindre goutte de pus, sans que l'exploration au stylet pendant l'acte opératoire me permit de trouver trace de canal naso-frontal.

Pour la fermeture de la cavité fronto-ethmoïdale, il y a deux conduites à tenir.

α) *Est-elle petite ?* (comme dans les cas que j'ai observés) je draine par l'orbite et n'établis pas de communication fronto-nasale. Je n'ai eu qu'à me louer de ce procédé, la cicatrice n'a présenté aucune dépression.

β) *Est-elle grande ?* je conseillerais la création artificielle de la gouge ou au trocart, d'un canal fronto-nasal, le drainage par cette voie et la suture de la plaie frontale ou orbitaire.

3° SINUSITE FRONTO-MAXILLAIRE

Deux cas cliniques, deux modes opératoires.

PREMIER CAS. — *Sinusite fronto maxillaire certaine.*

1^{er} temps. — Trépanation du maxillaire, curettage, résection de la paroi externe naso-maxillaire, tamponnement provisoire du sinus seulement, laissant la fosse nasale libre.

2^e temps. — Trépanation du frontal. Curettage. Drainage. Tamponnement. Suture. Pansement collodionné. — La mèche-tampon est marquée d'un signe particulier à l'orifice narinaire.

3^e temps. — Ablation de la compresse maxillaire temporaire. Tamponnement définitif, en ayant soin de ne pas extraire la mèche frontale. Sutures gingivales.

Cette marche alternante de l'un à l'autre sinus, est faite :

1^o Dans le but de ne pas mobiliser les mèches endo-sinuses. Si le frontal était trépané en premier lieu, tamponné et refermé, on risquerait, au cours de la résection de la paroi naso-maxillaire, d'extraire la mèche fronto-nasale.

2^o Si l'on ne tamponne pas, on est certain de réinfecter le sinus opéré et refermé pendant qu'on opère l'autre.

3^o En outre, ce procédé permet un meilleur curettage ethmoïdal en combinant les deux voies maxillo-frontales.

SECOND CAS. — *Sinusite frontale douteuse. Sinusite maxillaire certaine.*

Trépanation exploratrice du frontal : α) *il est normal*, refermer la plaie et l'isoler par un pansement occlusif au collodion.

β) *il y a sinusite.*

1^{er} temps. — Faire l'opération frontale complète et tamponner provisoirement la cavité.

2^e temps. — Trépaner le maxillaire, puis revenir au frontal, le drainer et le suturer. Terminer par la réunion de la plaie gingivo-buccale.

4^e PAN-SINUSITE

1^{er} temps. — Par voie canine, attaquer le maxillaire, l'ethmoïde et le sphénoïde.

2^e temps. — Trépanation du frontal, avec drainage fronto-nasal et sutures.

3^e temps. — Tamponnement du sphénoïde, en réclinant la mèche naso-frontale. Tamponnement du maxillaire et sutures.

B. — Sinusite frontale compliquée de lésions para-sinuses.

1^o *Fistule ou phlegmon orbitaire.* — a) Lorsque le pus orbitaire ne communique pas apparemment avec le sinus par un trajet fistuleux, il faut d'abord évacuer et nettoyer les deux

foyers, puis explorer avec un grand soin le plancher du sinus qui, s'il n'est pas perforé, est souvent atteint d'ostéite. Il y a alors avantage à réséquer la zone osseuse malade.

b) La fistule orbitaire est *récente*. — Curettage du trajet fistuleux, trépanation simple, sans sinusectomie.

c) La fistule est de date *ancienne*. — Sinusectomie.

2° *Complications intra-crâniennes*. — Le diagnostic a été fait avant l'opération et on défonce de propos délibéré la paroi postérieure du sinus ; ou bien, au cours de l'intervention, une zone d'ostéite de cette table osseuse conduit directement sur un foyer intra-crânien (abcès extra-dural, pachyméningite, abcès du cerveau).

Quoiqu'il en soit, à la pince-gouge ou à la gouge, la table profonde sera réséquée : 1° jusqu'à l'exérèse complète de la zone atteinte d'ostéite ; 2° jusqu'à dénudation totale du foyer endo-crânien.

Même conduite chirurgicale que pour les accidents crâniocérébraux d'origine otique. Le chirurgien restera extra-dural tant qu'un symptôme ne commandera pas à son bistouri de franchir l'étape des méninges.

L'*abcès extra dural* sera évacué, drainé, et la plaie frontale ne sera pas suturée. Après guérison de la collection purulente extra-dure-mérienne et bourgeonnement du foyer, on favorisera la cicatrisation de l'accolement des deux lèvres cutanées en cessant le tamponnement et en pansant la plaie à plat.

Les jeunes sujets dont le périoste a été conservé peuvent refaire une paroi osseuse ainsi que j'ai pu l'observer chez une fillette de dix ans à laquelle j'avais réséqué presque toute la partie antérieure de l'os frontal pour une sinusite compliquée d'un abcès sous-périosté, d'un abcès extra-dural avec thrombose du sinus longitudinal supérieur.

L'*abcès cérébral* sera incisé, vidé et drainé selon les règles des abcès encéphaliques d'origine auriculaire.

Dans toutes ces complications intra-crâniennes des sinusites frontales, la sinusectomie s'impose de toute nécessité.

AUTRES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Trépanation par voie frontale et orbitaire combinées.

PROCÉDÉ DE ELLIAN

But de l'opération. — Il est double :

1^o Il vise à la suppression de la cavité sinusale, par la résection combinée de la paroi antérieure et du plancher du sinus, tout en conservant l'arcade orbitaire, et par suite espère obtenir une défiguration moindre qu'avec la sinusectomie.

2^o Grâce à la *trépanation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur*, il ouvre une large voie d'accès dans le labyrinthe ethmoïdal et par suite dans le canal naso-frontal.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1^{er} TEMPS. — *Incision cutanée.* Très longue. Commence à l'extrémité temporale du sourcil, le suit dans toute sa longueur, arrive à la partie médiane de la racine du nez, descend latéralement en décrivant une courbe qui croise l'apophyse montante du maxillaire supérieur et se termine à la partie supérieure de la joue.

Incision du périoste. — Le sectionner et faire deux tracés parallèles, la première incision faite à cinq millimètres au dessus de l'arcade orbitaire, parallèle à ce rebord, est prolongée jusqu'à la ligne médiane au niveau de la réunion des deux os propres du nez. La seconde incision est tracée le long et un peu au-dessous de l'arcade, à cinq ou six millimètres de la précédente. Ces deux lignes délimitent un lambeau osseux arqué.

2^e TEMPS. — *Ponction du sinus*, soit au-dessus, soit au-dessous de l'arcade, le plus près possible de la ligne médiane. Exploration endo-sinusale avec le stylet, pour en fixer l'étendue.

3^e TEMPS. — *Large trépanation et résection de la paroi antérieure frontale du sinus.* Curettage de la cavité.

4^e TEMPS. — *Résection du plancher du sinus.* Par voie sinusale, le chirurgien placé derrière la tête du malade, effondre la paroi inférieure, orbitaire, du sinus et la supprime en totalité.

3^e TEMPS. — *Trépanation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.* Partant de l'incision périostée inférieure, la rugine détache le périoste de l'os propre du nez, de l'os lacrymal et du toit orbitaire. L'apophyse montante est trépanée au ciseau et au maillet dans l'angle supéro-interne de l'orbite, en respectant la muqueuse nasale, autant que possible, ou réséquée à la pince-gouge en partant de la brèche orbitaire.

A travers la large brèche orbito-maxillaire, ainsi créée, il va être facile d'inspecter et de curetter les parties les plus reculées du sinus frontal et tous ses prolongements.

6^e TEMPS. — *Réséction des cellules ethmoïdales antérieures et du cornet moyen.* Grâce à l'ouverture pratiquée à l'extrémité supérieure de l'apophyse montante, le chirurgien a une voie d'accès idéale pour le curettage de l'ethmoïde et des cellules péri-fronto-nasales. Toutes les lamelles osseuses sont facilement effondrées de manière à élargir le calibre du canal naso-frontal, et à curetter tout l'ethmoïde. A travers cette brèche le cornet moyen sera réséqué; l'ethmoïde postérieur et le sinus sphénoïdal attaqués s'il y a lieu.

La réséction de l'apophyse montante permet donc grâce à l'extériorisation de l'ethmoïde, un abouchement large et à plein canal du sinus frontal dans la fosse nasale, condition parfaite pour assurer le drainage et éviter la récurrence.

La décortication de l'ethmoïde par cette voie peut être totale et la curette bien maniée, aidée d'un puissant éclairage électrique arrive à briser toutes les cloisons osseuses et à ne laisser du labyrinthe que la paroi supérieure qui forme la base du crâne, la paroi interne ou nasale et la paroi externe ou lame papyracée. L'ethmoïde est réduit à une gouttière antéro-postérieure ouverte en bas dans la fosse nasale.

Killian termine ce temps opératoire par la formation d'un lambeau autoplastique créé aux dépens de la muqueuse nasale et destiné à être rabattu dans le sinus ?

7^e TEMPS. — *Drainage. Suture.* — La plaie est saupoudrée d'iodoforme, un drain introduit à l'extrémité temporale de l'incision est conduit jusqu'à l'orifice externe des fosses nasales et maintenu en place par un tamponnement du nez. Sutures de la plaie.

Traitement consécutif. — Le malade est couché sur le côté sain. Le pansement est levé quotidiennement. Le tamponnement nasal est supprimé le second jour; le drain, le troisième ou le quatrième; les sutures, le quatrième ou le cinquième.

Ne jamais faire de lavages.

Avantages de la méthode. — 1° Elle donne une voie d'accès idéale dans l'ethmoïde antérieur, et, par suite, permet : a) le curettage aussi complet que possible de tout le labyrinthe, b) l'élargissement considérable du canal fronto-nasal et par là même un parfait drainage.

2° Elle expose peut-être moins aux récurrences puisqu'une des causes, l'ethmoïdite, a été supprimée.

Inconvénients. — Au point de vue esthétique, le procédé de Killian qui vise, non seulement à la cure radicale, mais aussi et surtout à l'absence ou à la minime défiguration du malade ne me semble pas remplir le but désiré, pour deux raisons : 1° la présence de deux dépressions sus et sous orbitaires, 2° la cicatrice disgracieuse qui empiète sur la joue, et se termine en plein visage.

2° L'opération est plus longue et d'exécution plus délicate que la trépanation simple ou la sinusectomie.

3° Elle ne met pas toujours à l'abri des récurrences puisque la persistance de l'arcade orbitaire empêche l'accolement des teguments sur le plan profond osseux.

4° Sa technique est peut-être passible de quelques critiques :

- a) défaut d'asepsie, puisqu'il ne rase pas le sourcil ;
- b) difficulté d'obtenir l'accolement cutané-osseux, puisqu'il s'abstient de pansement compressif sur la région frontale ;
- c) formation d'un lambeau autoplastique, dont l'exécution est difficile et d'utilité contestable.

Trépanation par voie orbitaire.

(PROCÉDÉ DE JANSEN)

Après incision du sourcil et décortication du périoste orbitaire, le sinus est attaqué et défoncé à la gouge au niveau de l'angle supéro-interne, puis tout le plancher est réséqué à la pince. Le curettage est alors très facile.

Deux méthodes alors au point de vue des soins ultérieurs :

- a) béance permanente de l'orifice orbitaire avec pansements de la cavité sinusale par cette voie (Jansen) ;
- b) suture immédiate (Jacques et Durand).

V. — SINUSECTOMIE.

Je désigne ainsi la suppression du sinus par résection de la paroi antérieure et du plancher.

Voici le *principe de la méthode* : faire un Estlander frontal, en supprimant la cavité sinusale par la résection soit de la table externe seule, soit en y ajoutant celle du plancher. De la sorte suppression de tout espace mort, réalisée par l'accolement de la paroi cutanée contre le plan osseux profond. Plus de sinus, partant plus de sinusite.

L'objectif opératoire se résume donc dans l'application directe des téguments sur un plan osseux, de façon à ne laisser aucun diverticule et recessus, source de récidives. *On ne peut donc pas dire qu'il faille systématiquement réséquer la paroi antérieure et la paroi inférieure du sinus* ; il est entendu que la première doit toujours être sacrifiée, quant à la seconde elle ne sera diminuée ou supprimée qu'autant qu'elle gênera l'accolement cutané-osseux.

La résection opérée, le drainage de la plaie se fera par voie fronto-nasale.

Ce principe a été nettement posé par la chirurgie générale. Nombre de chirurgiens, et depuis fort longtemps, ont employé couramment et avec succès ce procédé, dans les sinusites frontales suppurées, soit simples, soit compliquées et fistulisées.

Je décrirai les indications et le procédé opératoire de la sinusectomie.

A. — Indications.

1° Dans la *sinusite frontale unilatérale, récidivée*. Quelle que soit la cause de la récidive : (empyème d'un sinus voisin, ou simple rétention dans la cavité opérée) la sinusectomie unilatérale assurera la cure radicale, définitive et certaine. Je ne suis pas partisan du procédé de Luc qui dans cette circonstance n'hésite pas à ouvrir le sinus frontal voisin, quoique *sain*,

normal, résèque la cloison intersinusienne, la table externe de ce second sinus, et ce, dans le but d'avoir une déformation moins défigurante, c'est-à-dire d'obtenir un front plat ou excavé, mais symétrique.

Je ne crois pas qu'on soit en droit d'ouvrir un sinus sain pour guérir le sinus congénère qui suppure, par raison d'esthétique, car je ne sais si une mutilation unilatérale est plus disgracieuse qu'un enfoncement total de la région frontale.

2° Dans les *sinusites frontales compliquées* :

a) *D'ostéite de la table profonde*, ou d'*accidents intra-crâniens*, de l'étage antérieur. — L'opération comporte alors la résection de la paroi profonde du sinus, atteinte d'ostéite, la recherche des lésions extra-durales, le débridement de la dure-mère et l'ouverture au besoin du cerveau. L'acte chirurgical terminé, il serait de la plus grande témérité de conserver le sinus et de réunir les téguments au-devant d'un vase clos susceptible de se réinfecter, car le pus intra-sinusal au contact de la dure-mère, déterminerait les plus graves complications. Donc qu'il y ait simplement ostéite pariétale, de la table profonde du sinus, et à plus forte raison abcès extra ou intra-dural, il faut faire la sinusectomie totale, supprimer l'espace mort, et appliquer les téguments contre la dure-mère.

b) *De fistule orbitaire ancienne*. — On est en droit dans la sinusite frontale compliquée de phlegmon orbitaire récent, de trépaner le sinus par le front et de défoncer la partie du plancher atteinte d'ostéite ou fistuleuse, en conservant l'intégrité de la cavité sinusale ; mais, lorsque le cas est invétéré, date de plusieurs années, s'accompagne d'une fistule grattée, curettée et manipulée à diverses reprises, il n'y a aucune hésitation esthétique à avoir : il faut faire la sinusectomie, enlever toutes les fongosités et les surfaces osseuses cariées, et faire l'accolement cutanééo-osseux. Ce procédé m'a permis de guérir tous les malades, atteints de fistule, datant de plusieurs années, et ayant subi de multiples interventions pratiquées antérieurement par des chirurgiens.

B. — Technique opératoire.

Elle comprend quatre temps :

1^o incision des parties molles ;

2^o résection de la paroi antérieure et du plancher du sinus ;

3^o curettage ;

4^o suture et pansement.

1^{er} temps. — INCISION DES PARTIES MOLLES.

Même tracé que dans la trépanation simple du sinus, c'est-à-dire d'une extrémité du sourcil à l'autre.

Elle suffit en général, du reste au cours de l'opération il sera toujours possible de la prolonger de un demi à un centimètre, vers la racine du nez.

Le tracé sera fait sur l'ancienne cicatrice si le malade a subi une trépanation antérieure.

Il pourra passer par la fistule, s'il en existe une, dans l'angle supéro-interne de l'orbite par exemple, de façon à ne pas multiplier les cicatrices.

Enfin il faut éviter les incisions verticales donnant plus de jour, il est vrai, mais ajoutant une cicatrice de plus et d'autre part souvent inutile, car la réclinaison du lambeau supérieur avec un solide écarteur donne une sphère d'action suffisante pour la résection osseuse avec la pince-gouge.

Le périoste est décortiqué dans deux directions : *périoste frontal* refoulé en haut pour découvrir toute la paroi antérieure du sinus ; *périoste orbitaire* ruginé sur toute la longueur de l'arcade et à une profondeur de un centimètre au niveau du plafond et de la paroi interne de l'orbite. Eviter autant que possible de détacher la poulie du grand oblique qui se trouve dans l'angle supéro-interne.

Hémostase par forcipressure, application de deux écarteurs, un à griffes sur le lambeau cutanéopériosté supérieur, un de Farabeuf sur le paquet oculo-orbitaire.

2^e temps. — RÉSECTION DE LA PAROI ANTÉRIEURE
ET DU PLANCHER DU SINUS.

Comme presque toujours, la sinusectomie est secondaire à une trépanation antérieure, il suffit avec une bonne pince-gouge, dont un des mors est introduit dans la cavité sinusale, de réséquer la totalité de la table externe. L'instrument doit être solide, bien coupant, et ne doit pas mordre sur de trop vastes surfaces osseuses afin d'éviter les éclatements.

Ce temps est d'exécution facile et rapide.

Après la résection de la totalité de la paroi antérieure, il faut abraser à la gouge le pourtour du rebord osseux, l'angle *fronto-crânien*, de façon à ce que toute arête osseuse disparaisse et à ce que l'os frontal se continue par une surface lisse et arrondie avec la table profonde du sinus.

Cette résection terminée, on constate que la paroi profonde, crânienne du sinus délimite, avec l'arcade et la voûte orbitaire, une rigole; un sillon plus ou moins profond qui constitue la paroi inférieure, le plancher de la cavité sinusofrontale.

Trois cas se présentent au point de vue *anatomique* :

a) Le plancher est *étroit*, la distance comprise entre le rebord de l'arcade et la paroi crânienne est minime, (un demi à un centimètre au maximum).

b) Le plancher est *large*, autrement dit la paroi interne du sinus file vers la cavité crânienne; l'arcade au contraire est en saillie.

c) Du plancher sinusal se détache, soit sur toute sa longueur, soit en dedans seulement, un vaste diverticule supra-orbitaire : on dirait qu'il y a *dédoublement de la voûte*, et cette cavité accessoire, cette sorte de corridor osseux, arrondi comme une *visière* est parfois si vaste, qu'on dirait un sinus frontal annexe. Ce sinus diverticulaire peut dédoubler non-seulement la paroi supérieure, mais encore la paroi interne de l'orbite. Je l'ai vu chez certains malades atteindre en profondeur trois à quatre centimètres et j'ai dû réséquer parfois jusqu'au voisinage du trou optique.

OPÉRATOIREMENT. — a) *Plancher étroit.* — Il est inutile d'abattre le mur osseux formé par le plancher et la saillie de l'arcade. Se contenter de la résection de la table antérieure du sinus. On curette les fongosités, on nettoie ethmoïde et canal fronto-nasal, et on applique les téguments cutanés contre la paroi profonde sinusale, en abaissant le lambeau supérieur et en soulevant le lambeau inférieur.

En pareil cas, la sinusectomie s'est réduite à la résection d'une seule paroi osseuse et entraîne une minime défiguration.

b) *Plancher large.* — Le rebord orbitaire forme un relief énorme ; il est impossible d'obtenir l'application des téguments sur la totalité de la surface osseuse. En pareil cas, réséquez une partie de l'arcade sur toute sa longueur et à une profondeur telle que vous puissiez obtenir la juxtaposition des deux lèvres cutanées et l'accolement cutanéopériosté-osseux.

c) *Diverticule sus-orbitaire, dédoublement de la voûte.* — Cette cavité annexe renferme des fongosités ou du pus, constitue une expansion ethmoïdale, et forme après grattage, un espace mort susceptible de se réinfecter et d'amener une récédive.

Pas d'hésitation au point de vue opératoire, le sacrifice de cette cavité s'impose, il faut la supprimer en faisant sauter la totalité de sa paroi inférieure ; de telle sorte qu'après l'intervention l'ascension du contenu orbitaire remplira la précédente excavation.

L'exécution de ce temps est parfois délicate. Pour pratiquer correctement la résection de la voûte orbitaire, il faut :

1° préalablement *détacher à la rugine* le périoste orbitaire aussi profondément que la limite du diverticule, indiquée par le stylet. La décortication périostée est facile, se fait parfois avec le doigt, en tous cas elle sera prudemment faite à la rugine, de façon à éviter toute échappée dans la profondeur et la blessure du pédicule oculaire.

2° bien *récliner* le paquet orbitaire en bas et en dehors, avec un écarteur mousse de Farabeuf.

3° *réséquer la lame osseuse* à la pince-gouge au niveau de l'arcade, mais à la gouge ou avec une pince à mors étroits, (pince de Martin, pince de Laurens, à turbinotomie, petit

moreceur amygdalien) dans la profondeur, car les deux parois sont séparées par un minime espace qui n'admet pas l'introduction de volumineux instruments.

4° faire une *hémostase* par tamponnement prolongé, car la section d'artérioles donne une inondation sanguine peu inquiétante, mais masquant le champ opératoire.

C'est dans ces cas de diverticules osseux supra-orbitaires profonds qu'il est de toute nécessité de supprimer la cavité, d'abraser tout mur osseux qui surplombe. La règle opératoire que j'ai énoncée : accolement cutané-osseux doit être observée, quelle que soit la déformation et la mutilation qui en résulte. Il ne s'agit pas de louvoyer, de réopérer trois et quatre fois le malade par des opérations soi-disant conservatrices, mais non curatrices, de risquer des complications ou tout au moins l'extension des foyers d'ostéite ? une radicale s'impose.

3° temps. — CURETTAGE.

La résection soit de la table externe du sinus, soit de celle-ci combinée à celle du plancher doit être suivie d'un curettage des fongosités et d'une toilette osseuse parfaite. L'ethmoïde sera traversé, effondré à la curette et nettoyé dans toutes ses zones accessibles, le canal fronto-nasal élargi. Acte très important dans l'exécution de l'opération pour faire disparaître ce foyer de contamination para-sinuso-frontal.

4° temps. — SUTURES. PANSEMENT.

Après hémostase rigoureuse, toute la brèche sinuso-orbitaire doit être visitée surtout à sa périphérie, de façon à ne laisser aucun copeau osseux, aucune esquille. Inutile d'écrasillonner avec un caustique, précaution superflue, puisqu'il est admis que tout foyer d'ostéite a subi l'exérèse.

DRAINAGE. — On draine le canal naso-frontal avec une mèche par le même procédé que dans la trépanation simple, mais elle ne doit remplir que la lumière du canal et ne pas dépasser son orifice supérieur : elle est destinée à empêcher l'oblitération du canal par des caillots sanguins.

Les deux lèvres de la plaie sont réunies et suturées. *Faut-il drainer la plaie ?* — Manœuvre inutile, si l'accolement cutanéosseux est intime, mais parfois, dans le cas de vaste délabrement osseux, où la juxtaposition du contenu orbitaire avec la paroi supéro-interne de l'orbite en particulier ne peut avoir lieu, et où, par conséquent, il persiste encore un vide, je considère comme plus prudent de drainer extérieurement avec un tube de caoutchouc, placé à l'extrémité interne de l'incision.

Ce mode de drainage offre plusieurs *avantages* : 1° il facilite l'écoulement sanguinolent du premier jour ; 2° il permet la surveillance de la réparation de la plaie dont la cavité peut être profonde et se comble de la profondeur à la superficie comme une cavité mastoïdienne trépanée ; 3° il évite toute complication.

Le *pansement* doit être très méthodiquement fait : il doit être compressif de manière à accoler téguments contre paroi osseuse. Le tamponnement sera exécuté de la périphérie du sinus vers le pôle supérieur du canal naso-frontal. Un grand carré de gaze aseptique, chiffonnée, sera appliqué et tassé fortement sur les téguments sinusiens en commençant la compression à la limite supérieure de l'ancien sinus.

Les paupières sont recouvertes d'huile de vaseline stérilisée dont on injecte quelques gouttes dans l'œil. Ce dernier est protégé par quelques doubles de gaze. Plusieurs carrés d'ouate hydrophile et une bande de crépon complètent et terminent le pansement.

SUITES OPÉRATOIRES.

La mèche fronto-nasale est extraite par voie narinaire au bout de vingt-quatre heures, et remplacée par un simple tampon.

Le pansement frontal est fait le sixième jour, si aucune complication n'est survenue. En cas de douleurs vives (suppuration, intensité de la compression, douleurs oculaires, conjonctivite), de fièvre, le pansement sera levé plus tôt.

Le drain en caoutchouc est retiré, la cavité détergée avec de la ouate, badigeonnée à l'iode s'il y a suppuration et un tube de calibre plus faible est placé à nouveau.

Même technique à chaque pansement. Les fils sont enlevés le huitième jour, le drain est retiré dès que la cavité est comblée, généralement au bout de dix à vingt jours. Mais il faut, chaque fois, renouveler la même compression.

Lorsque, au bout d'un temps variable entre quinze jours à trois semaines, cicatrisation et accolement sont complets, on fait un collodion définitif.

COMPLICATIONS.

a) *Ulcérations de la paroi cutanée-frontale.* — J'ai observé quelques cas où de légères escharres cutanées étaient dues à une compression trop accentuée. Il a suffi d'appliquer une couche de vaseline aseptique et de serrer un peu moins les bandes pour guérir les ulcérations, qui n'ont laissé du reste aucune cicatrice.

b) *Décollement de la paroi cutanée par suppuration.* — En pareil cas, il faut couper quelques crins de Florence, évacuer le foyer et faire une compression méthodique de la périphérie sinusale vers l'orifice supérieur du canal fronto-nasal pour éviter et restreindre le décollement.

c) *Paralysie du grand oblique.* — Due à la section de la poulie de ce muscle. Cet accident a été parfois signalé. Je l'ai observé chez presque tous mes opérés, pendant les premiers jours consécutifs à l'opération, mais jamais (sauf dans un cas où il persiste, très atténué, dix mois après l'opération) il n'a été durable et aucun de mes malades n'a présenté un défaut de parallélisme des actes visuels au bout de quatre à cinq mois.

TRAITEMENT DE LA DÉFORMATION FRONTALE.

1° *Injections de paraffine.* — Il est permis de tenter la restauration esthétique à l'aide d'injections de paraffine, faites sous les téguments du front. Si la surface cicatricielle est adhérente, ces injections sont douloureuses, nécessitent un grand nombre de séances, et peuvent s'accompagner de tous les accidents consécutifs à l'inclusion de la paraffine dans les tissus, accidents dont le malade doit être bien prévenu.

2° *Inclusion d'appareils prothétiques.* — Méthode vouée à l'insuccès jusqu'ici.

VI. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Les résultats de la trépanation simple du sinus se traduisent par la guérison ou la récurrence.

1° GUÉRISON.

Dans l'immense majorité des cas, vous ne pourrez l'affirmer au malade que six semaines après l'opération : il est exceptionnel que la récurrence éclate après le quarantième jour. Néanmoins, et sans être pessimiste, faites encore quelques réserves, mais en déclarant à l'opéré que la crainte d'une récurrence devient dès ce moment, de plus en plus hypothétique.

Caractères. — Elle se traduit : a) par la *disparition* de tous les symptômes, douleur et pus.

b) par l'*absence de défiguration* et quelquefois de toute cicatrice. Quelquefois on observe un léger méléplat dû à la rétraction cutanée au niveau de l'orifice de trépanation. En tous cas, il est souvent si peu accusé qu'il a besoin d'être recherché.

c) par l'*absence du pus* dans le méat moyen. L'extrémité inférieure du canal fronto-nasal présente une paroi cicatricielle, grisâtre et sèche.

2° RÉCURRENCES.

J'ai indiqué antérieurement les causes de la récurrence de la sinusite frontale suppurée, son mode d'apparition, la conduite chirurgicale à lui opposer.

Quelle est la proportion des récurrences, c'est-à-dire des cas qui ont nécessité la sinusectomie, par rapport aux cas guéris par la trépanation simple ? Voilà un point de thérapeutique

chirurgicale qu'il est impossible et qu'il sera de toute impossibilité d'établir, attendu qu'il est surtout basé sur des considérations anatomiques essentiellement variables. Les opérateurs présenteront des statistiques différentes seront les sinus qu'ils auront ouvert. Telle série heureuse de trépanation simple sera suivie d'un autre ne comptant que des récidives : encore une fois la faute appartient presque toujours à la variabilité de configuration anatomique du sinus. Voilà pourquoi, en prenant le ciseau, le chirurgien doit escompter une large dose d'imprévu.

Le pronostic de la récidive est assez sérieux, il commande si on laisse fistuliser le sinus une observation rigoureuse du malade, fistulisation qui n'est permise que dans les cas de sinus moyens, sans diverticules profonds. La récidive dûment établie impose la cure radicale, c'est-à-dire la sinusectomie, lorsque le trajet n'est pas fermé au bout d'un mois environ, ou lorsque l'ampleur du sinus constatée au cours de la première intervention ne permet pas d'espérer la guérison sans une large exérèse des parois ossenses, la suppression de tout espace mort, c'est-à-dire du sinus.

3° MORT.

La mort opératoire doit être tout à fait exceptionnelle. Elle n'est à craindre que dans les cas où une lésion méningée ou cérébrale préexiste à l'intervention. Elle peut être cependant à redouter lorsque, après récidive d'une sinusite trépanée, le chirurgien perdant du temps à laver et à drainer le trajet fistuleux, laisse l'ostéite de la table profonde faire son œuvre, au lieu de pratiquer la sinusectomie radicale, totale et aussi *rapide* que possible.

Statistique personnelle de 72 trépanations simples du sinus frontal et Sinusectomies.

	Nombre	Guérison simple par trépanation simple	Guérison par sinusectomie		Mort
			faite d'emblée	après récidive et échec de la trépanation simple	
Sinuseite frontale isolée.	3	4		1	
— — double.	2	4		1	
— fronto-ethmoïdale.	6	3	1	2	
— fronto-maxillaire.	20	16	2	2	
— fronto-ethmoïdo maxillaire.	18	14		4	
Pan sinuseite double (sept sinus étaient pris).	1				
Sinuseite frontale compliquée : de fistule orbitaire d'abcès intra-crânien (sous-dural).	43	2	40		
	3		3		
d'abcès du cerveau.	2		1		
					1. Le lendemain de l'intervention par abcès cérébral et méningite pré-opératoire. 1. De méningite concomitante.

En résumé, 72 trépanations, dont 70 guérisons et 2 morts.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE DE, LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE 1904.

Président : CASTEX.

Membres étrangers assistant à la séance : Dr DUNDAS-GRANT, de Londres ; DELSAUX : CHEVAL, HENNEBERT, de Bruxelles ; BROKAERT, de Gand ; TRÉTROP, d'Angers ; LEJEUNE, BÉCO, BLONDLOT, de Liège, de PONTIÈRE de Charleroi ; DELIES, d'Ypres.

Election d'un vice-président pour 1905.

BOULAY, de Paris est élu.

Rapports et rapporteurs pour 1905.

LOMBARD — Indications opératoires dans les diverses formes anatomiques et cliniques des sinusites frontales.

GELLÉ. — Des adénopathies dans les affections du nez et de la gorge.

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

RUVAULT. — Des laryngites chroniques non spécifiques. Formes cliniques. Traitement. — Le résumé du rapport a été publié dans le numéro précédent des *Annales*.

Discussion.

MENDEL. — Permettez moi de répondre en quelques mots aux reproches que fait M. Ruault à la méthode d'injection trachéale que je préconise comme une notable simplification à la technique laryngologique ordinaire.

Cette méthode est basée sur le fait d'observation suivant. *Si on recommande au patient de ne pas avaler une petite quantité de liquide projeté sur la paroi postérieure du pharynx il descend par son propre poids dans les voies aériennes en enjambant l'orifice digestif, toujours fermé en dehors de la déglutition.* La constatation de ce fait m'a permis d'établir ce procédé d'injection trachéale dont parle Ruault et qui présente deux avantages essentiels.

1° Il est infiniment moins désagréable au patient, car il ne comporte à peu près aucun contact instrumental; et il peut être pratiqué chaque jour sans que l'emploi de la cocaïne soit jamais nécessaire.

2° Enfin ce procédé qui forme la base d'une thérapeutique puissante de la tuberculose pulmonaire, ne nécessite de la part de l'opérateur aucune instruction spéciale puisqu'il ne s'exécute pas sous le contrôle du miroir laryngien comme le procédé ordinaire. Et en fait, les jeunes étudiants se l'assimilent facilement en une ou au plus deux séances.

Or quel reproche Ruault adresse-t-il à ma méthode ?

« Si elle permet, dit-il, l'introduction d'une partie du liquide injecté dans les voies aériennes, elle en laisse passer une autre partie dans l'œsophage et dans l'estomac, ce qui n'est pas toujours indifférent, car cette injection d'huile médicamenteuse peut causer des brûlures persistantes. »

J'ai observé ce fait, mais à titre d'exception, et d'exception évitable sur plusieurs milliers d'injections. En effet, pour réussir la petite opération, deux conditions sont indispensables.

Il faut que le médecin possède la technique que l'expérience m'a fait établir, technique fort simple, mais qui doit être rigoureusement suivie : il faut aussi que le patient sache qu'il ne doit pas avaler et qu'il recrache le petit excès de liquide qui peut rester au fond de sa gorge après l'injection, petit excès de liquide également recraché et perdu par conséquent lors de l'injection sous le contrôle du miroir.

Ces deux conditions sont très facilement remplies et l'injection trachéale d'huile eucalyptolée quotidienne pendant quelques semaines donne les résultats les plus nets et les plus puissants dans la tuberculose pulmonaire.

JACQUES est reconnaissant à Ruault d'avoir insisté sur l'étiologie et la nature véritable des polypes de larynx, qui ne sont pas des tumeurs bénignes ainsi qu'on le dit à tort, mais des hypertrophies localisées d'une muqueuse chroniquement enflammée.

VIOLET, à propos de l'argumentation de Mendel donne les résul-

tats d'une expérience contradictoire faite récemment d'un commun accord entre MM. Mendel, Lubet-Barbon et Viollet. Cette expérience a porté sur trois malades, deux d'entre eux traités par Mendel depuis plus d'un mois, le troisième entraîné aux manœuvres laryngologiques par l'ablation répétée de végétations tuberculeuses. Ces conclusions furent que le liquide envoyé contre la paroi pharyngée postérieure pénétrait bien dans la cavité laryngée. Mais il n'en résulte pas que cette manœuvre réussisse chez le premier malade venu ; il faut, en effet, comme condition indispensable, qu'il ne se produise pas un mouvement de déglutition réflexe au moment où le liquide vient au contact de la muqueuse pharyngée, sans quoi le liquide pénètre dans les voies digestives, et cela nécessite certainement un entraînement préalable. En tous cas la méthode préconisée par Mendel comme pouvant être mise entre toutes les mains, voire celle d'un infirmier, et appliquée au premier malade venu, ne semble pouvoir donner des résultats que chez des malades exercés et traités par des mains exercées.

MENDEL. — Les objections de Viollet sont purement théoriques, attendu que j'ai vu la méthode réussir dans un très grand nombre de cas, et dans les conditions que j'ai dites.

RUAULT. — Je répondrai un simple mot à Mendel : si vous voulez qu'à coup sûr le liquide pénètre dans les voies aériennes et ne soit dégluti, ne l'injectez pas dans le pharynx, mettez-le directement dans la trachée.

DELIES (Ypres). — **Sinusite fronto-maxillaire avec anomalie du sinus frontal.** — Mlle P. souffre depuis des mois de céphalalgie frontale gauche avec intercurrence d'accès douloureux s'accompagnant d'irradiations névralgiques du côté de l'œil et des dents supérieures gauches. La malade porte une sinusite frontale et maxillaire. Le signe de Mahu donne comme capacité du sinus maxillaire 1 c. c. 3/4.

Opération. — Trépanation du frontal immédiatement au-dessus de l'arcade orbitaire dans l'angle formé par son bord interne et la ligne médiane. Je tombe sur un os complètement éburné que je n'arrive à traverser qu'après avoir creusé pendant un centimètre. Aucun liquide ne s'écoule ; au fond de la plaie s'étale une membrane plus ou moins lisse, bleuâtre, dépressible, se laissant détacher facilement, sans perte de sang ou de liquide de la table osseuse.

Je fais une deuxième perforation dans l'os immédiatement au-dessus et en dehors de la première ; au moyen de la gouge je fais

communiquer les deux ouvertures. J'ai alors sous les yeux la même membrane, brillante et élastique, décrite plus haut ; elle n'est animée d'aucun mouvement pulsatile ; j'ai la conviction que c'est la dure-mère : une sonde lisse introduite dans tous les sens pénètre facilement entre l'os et cette membrane ; nulle part elle ne subit d'arrêt sauf à 1 milli. $1/2$, dans la direction de la ligne médiane ; nulle part je ne rencontre de résistance osseuse.

En bas et en arrière elle s'enfonce sans peine de plusieurs centimètres, sans pénétrer dans le nez. Pour être absolument sûr que je ne suis pas dans le sinus je ponctionne cette membrane avec la pointe d'une lancette, il s'écoule un liquide aqueux et des battements se montrent de suite au point incisé. Avant de pousser plus avant, je protège la dure-mère avec un tampon de gaze aseptique. Reprenant alors ma gouge, j'agrandis par en bas ma perforation osseuse du début. Après le second coup de gouge porté sur l'arcade orbitaire, je mets à jour un point de coloration terne, représentant une solution de continuité dans l'os. En poursuivant mon travail je tombe dans une petite cavité creusée dans l'os, remplie de fongosités, sans pus. Je résèque toute la paroi orbitaire antérieure, celle-ci appartient en totalité à l'arcade orbitaire et mesure depuis la racine du nez une longueur transversale de 2 centimètres environ et une hauteur de 1 centimètre.

Curettage de la cavité sinusale. Les parois sinusiennes supérieure et inférieure sont parfaitement lisses et forment entre elles un angle aigu d'un bon centimètre de profondeur. Celui-ci se perd en arrière et en dedans dans la cavité nasale par le canal fronto-nasal dans lequel la curette pénètre facilement. La paroi osseuse qui sépare le sinus de l'endocrâne est de l'épaisseur d'une feuille de papier. La dure-mère est mise à nu sur un diamètre de deux centimètres.

Nettoyage à l'eau oxygénée, suture immédiate, une mèche de gaze à l'eau oxygénée est laissée vers le $1/3$ inférieur de l'incision frontale en communication avec l'endocrâne ; une deuxième au milieu de l'incision de l'arcade orbitaire en communication avec le sinus.

Le sinus maxillaire est opéré selon la méthode de Luc, il est trouvé bourré de fongosités fétides.

Les suites furent excellentes, sans aucun phénomène cérébral.

Réflexions. — J'ai tenu à signaler ce cas d'anomalie du sinus frontal, d'une petitesse rare, logé entièrement dans l'arcade orbitaire en opposition avec celui que j'ai publié antérieurement où

les deux sinus étaient confondus en une seule et vaste cavité, comprenant tout le milieu du front. Rien ne pouvait faire soupçonner le faible développement de la cavité sinusienne : l'examen du sinus frontal droit révélait à la translumination des dimensions étendues.

En terminant Delies insiste sur la nécessité de trépaner par la paroi antérieure du sinus frontal et non par la voie orbitaire.

LUC demande à Delies si justement dans son cas il n'aurait pas pu trouver plus aisément le sinus par la voie orbitaire.

DELIES répond : non, parce que le sinus était très antérieur, tout entier logé dans l'épaisseur même de l'arcade orbitaire.

MOURE indique un point de repère pour différencier la muqueuse sinusale de la dure mère : si quand on arrive sur la membrane dépressible, on a traversé une seule couche d'os compact, on peut être dans le sinus ; si d'autre part on a rencontré successivement de l'os compact, une zone spongieuse puis une nouvelle zone d'os compact, cette dernière est la table interne du frontal et on doit penser qu'on a pénétré dans la cavité crânienne.

DELIES. — Dans mon cas j'avais affaire à un os complètement éburné, d'où impossibilité de se repérer comme l'indique Moure.

MOURE (Bordeaux). — **Considérations cliniques sur quelques cas de sinusite frontale.** — Je désire présenter quelques considérations à propos de deux malades atteints de sinusite frontale que j'ai opérés et qui m'ont donné des résultats peu favorables surtout dans un cas.

1^{er} Cas. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 à 19 ans atteinte d'une sinusite fronto-maxillaire droite.

Dans une première séance j'opère le sinus maxillaire seul ; étant donné l'état névropathique de la malade je ne puis affirmer la sinusite frontale.

Malgré cette intervention la malade continue à suppurer, à souffrir et son sinus frontal est obscur ; je pratique une deuxième intervention sur son sinus frontal que j'opère suivant la méthode classique d'Ogston-Luc. Je tombe sur un petit sinus avec muco-cèle.

J'éprouve une grande difficulté à établir le canal naso-frontal à cause d'une déviation de la cloison. Le drainage est cependant suffisant. Je referme la plaie.

Deux jours après les douleurs réapparaissent, on enlève le pansement et je me trouve en présence d'un phlegmon de l'orbite.

Un confrère oculiste consulté fait sous chloroforme une incision jusqu'au fond de l'orbite et draine. Pendant les jours qui suivent tous les phénomènes morbides s'accroissent, la projection de l'œil est plus marquée, la douleur plus vive et la cornée commence à s'ulcérer. Le matin nous discutons même les indications de l'énucléation, mais le lendemain le mieux apparaît et la malade guérit; malheureusement un trajet fistuleux persiste; je pratique une nouvelle intervention, au cours de laquelle je fais un nettoyage complet de la cavité sinusale et un large drainage, toujours uniquement dirigé en arrière à cause de la déviation de la cloison. Les suites sont excellentes mais cette fois encore le résultat n'est pas parfait car le trajet fistuleux persiste toujours; je me propose de pratiquer encore une nouvelle opération qui sera cette fois l'ethmoïdectomie.

2^e Cas. — Homme de 35 ans, souffrant depuis son enfance de céphalée. — Sinusite fronto-maxillaire double. — Exophtalmie de l'œil gauche. — Etat général mauvais.

Dans une première séance j'opère les deux sinus maxillaires. Guérison.

Dans une deuxième, j'opère les deux sinus frontaux.

A droite je trouve un énorme sinus frontal cloisonné, contenant du pus en grande quantité, fongueux. Vu les grandes dimensions de ce sinus je suis presque amené à faire un Kuhnt complet. J'établis un canal naso-frontal très large.

A gauche après l'ouverture du sinus, un flot de pus fait irruption, je me trouve en présence d'un abcès enkysté dans le sinus ayant refoulé la paroi crânienne et s'étant creusé une loge derrière l'orbite, la voûte orbitaire était détruite; c'était pour ainsi dire un Killian spontané. Drainage nasal. Suture.

Quelques jours après le malade présente des signes de phlegmon de la paupière supérieure droite qui, peu à peu vont s'améliorant et au moment où on peut le supposer guéri, il fait une nouvelle infection due un peu à son manque de soin. Pas de céphalée, pas de vomissements, pas de réactions pupillaires en un mot aucun phénomène méningé; mais quelques jours après, le malade présente des troubles de la parole et des phénomènes d'abcès cérébral. Il est plongé dans un demi coma. Je propose une intervention, qui est refusée par la famille. Mort.

Dans la première de ces deux observations, on peut accuser l'insuffisance du drainage pour expliquer les incidents survenus, mais dans la deuxième ce n'est sûrement pas la même cause qui a produit l'exitus. Il est vrai que le malade était bien affaibli et appar-

tenait à la catégorie de ces malades à qui il vaudrait peut être mieux ne pas toucher.

Je conclurai en disant que je reste partisan convaincu de la méthode opératoire d'Ogston-Luc qui m'a toujours donné de très bons résultats.

L'ouverture de la paroi antérieure du sinus frontal doit être non pas très large, mais assez grande pour permettre le curettage complet du sinus. Quant au drainage nasal, son importance est capitale, il doit être aussi large que possible.

Le fait suivant en est une preuve manifeste : il s'agit d'un malade opéré de sinusite fronto-maxillaire ; après l'opération je ne constate aucun écoulement malgré le drainage. J'aperçois seulement quelques croûtes.

Huit à dix jours après gonflement, fluctuation, j'incise et je trouve le sinus rempli d'une sérosité muco-purulente, je rétablis la communication en enlevant les croûtes qui obstruaient le canal. Guérison.

On voit par cette nouvelle observation que la question du drainage a une grande importance dans les opérations de sinusite frontale ; mais pour établir ce drainage, chaque opérateur a sa méthode. Luc passe le doigt dans le canal naso-frontal, par ce procédé on peut souiller la plaie, les fosses nasales étant loin d'être aseptiques. Pour éviter cet inconvénient, j'ai fait construire un porte-coton grâce auquel on agit toujours de haut en bas et jamais de bas en haut, de la sorte je ne risque pas d'infecter la cavité sinusale avec les saletés ramassées dans les fosses nasales.

LEMMOYEZ. — Plusieurs opérations se partagent actuellement la faveur des spécialistes pour la cure radicale de la sinusite frontale chronique : l'Ogston-Luc, le Kuhnt-Luc, le Killian.

L'Ogston-Luc, le procédé le plus ancien, le plus simple dans son exécution et le plus élégant dans ses résultats, a le grand défaut d'exposer le malade à des accidents de récurrence assez fréquents, et dont la gravité est quelquefois extrême. Que si certains opérateurs heureux apportent, en faveur de ce procédé, des statistiques favorables, il n'en est pas moins vrai que d'autres ont eu des malheurs opératoires qui les ont obligés à y renoncer. On le sait, la chance est plus ou moins durable, mais non constante : tôt ou tard viendra pour les défenseurs de ce procédé la catastrophe inévitable, qui modifiera leur optimisme antérieur, inévitable, car l'Ogston-Luc contredit à la règle de chirurgie générale qui cherche à éviter tout espace mort.

Le Kuhnt-Luc, si bien pratiqué (et par bien pratiqué j'entends la résection totale non seulement de la paroi antérieure, mais encore, au besoin, de toute la paroi inférieure ou orbitaire du sinus frontal, ainsi que Kuhnt l'a enseigné lui-même) prévient justement cet espace mort et met à peu près sûrement à l'abri des récidives. Et s'il survient dans la suite quelque réinfection provenant de l'ethmoïde mal cureté, il ne saurait être question de nouvelle sinusite frontale, puisqu'il n'y a plus de sinus frontal. Mais le Kuhnt-Luc a le défaut de provoquer une déformation frontale considérable, s'il s'adresse à un grand sinus.

Le Killian pare justement à cet inconvénient en conservant le rebord de l'orbite, il réduit considérablement, au minimum, la déformation consécutive, mais ce faisant il laisse subsister un espace mort et par conséquent, entraîne une possibilité de récurrence « in situ » bien atténuée, il est vrai, par le nettoyage radical qu'il permet de faire dans l'ethmoïde antérieur.

J'ai récemment pu comparer au sujet de la récurrence, la valeur de ces deux derniers procédés. Deux malades furent à la même époque opérés par moi, dans mon service, l'un, d'un Kuhnt-Luc, l'autre d'un Killian.

Par suite de circonstances accidentelles, une grosse faute d'asepsie fut faite dans la préparation des objets de pansements. Vers le quinzième jour parut chez les deux malades un abcès au niveau de la partie interne de la cicatrice, venant d'un point d'ethmoïdite. Or, chez l'opéré de Kuhnt-Luc, l'accroissement de la peau frontale à la paroi interne du sinus frontal tint bon et en deux ou trois jours la suppuration angulo-orbitaire toute locale se tarit : chez l'autre, opéré de Killian, rapidement il se fit un empyème du sinus frontal non effacé, et il fallut réintervenir très largement.

Actuellement, ma ligne de conduite est la suivante : presque jamais d'Ogston-Luc, le plus souvent le Kuhnt-Luc, et, si le sinus est si grand que la déformation qui s'en doit suivre soit disgracieuse, je fais le Killian. Cependant je ne me dissimule pas que cette façon de considérer les indications opératoires de la sinusite frontale est imparfaite. Mais il me paraît difficile de faire mieux à l'heure actuelle. Chacun aujourd'hui en tient pour un procédé unique qu'il applique automatiquement à tous les cas. Il serait à désirer que nous fassions désormais quelques infidélités à la Thérapeutique qui absorbe toutes nos pensées et encombre seule nos programmes. Tournons un peu nos regards vers l'anatomie pathologique, distrayons quelques heures du cabinet pour les con-

sacrer à l'amphithéâtre, et sans nul doute nous arriverons à établir dans le groupe des sinusites frontales, que nous avons aujourd'hui la tendance simpliste de considérer comme formée d'un seul bloc, divers types anatomo-cliniques, pour chacun desquels conviendra tel ou tel procédé opératoire qui actuellement n'a guère pour se défendre qu'une question de mode : sentiment tout personnel. Notre spécialité gagnerait à devenir un peu plus scientifique, et les divers types de malades atteints de sinusite frontale en bénéficieraient parallèlement.

LUC. — Il n'est pas de question plus palpitante à l'heure actuelle que la genèse des accidents intra-crâniens consécutifs aux sinusites frontales.

L., ne peut donner sur le moment une statistique précise ; mais sur un peu plus de trente cas opérés par lui avant qu'il ait employé systématiquement la méthode de Killian, par le procédé dit d'Ogston-Luc, il n'a pas eu moins de cinq ou six morts par complication intra-crânienne. Le dernier de ces cas malheureux est particulièrement instructif car la mort survint par méningite suraiguë trois ou quatre jours après l'opération ; or, à l'autopsie le sinus était absolument propre, sans trace de pus, de rétention quelconque ; on ne peut pas invoquer la défectuosité du drainage, l'ennemi n'était pas dans la cavité sinusale, mais ailleurs.

Par opposition à ces résultats malheureux, il peut aujourd'hui se féliciter grandement de ceux qu'il obtient grâce à la technique de Killian. Les douze derniers malades qu'il a traités ont été opérés par cette méthode, et il n'a plus eu à déplorer aucune complication intra-crânienne. La supériorité du Killian tient à ce qu'il comporte une intervention large, complète et consciente sur les cellules ethmoïdales antérieures ; les désastres observés avec les autres méthodes sont dus à ce qu'on pratique un curettage incomplet et aveugle de ce même ethmoïde antérieur, si large que l'on établit la communication naso-frontale. Or, chacun sait combien sont dangereuses les interventions incomplètes sur les cavités osseuses infectées ; telle est par exemple l'ossiculectomie, si bénigne quand l'ostéite est limitée aux osselets, et qui peut être suivie de complications graves s'il existe une antrite concomitante. Si l'opération de Killian réussit, c'est indiscutablement à la large résection de l'ethmoïde qu'elle le doit.

JACQUES (Nancy). — Comme l'a fait remarquer Luc l'intérêt de la genèse des accidents intra-crâniens après les opérations sur les sinus frontaux est grand. Il ne faut pas croire que c'est toujours le procédé opératoire employé qui est la cause des complications,

puisque souvent il n'y a pas rétention et les accidents n'en apparaissent pas moins (cas de Luc). Je crois que l'ablation totale de l'ethmoïde s'impose bien plus que la suppression totale de la cavité frontale. L'élargissement du canal est une manœuvre aveugle. Pour bien faire il faut, ainsi que je l'ai recommandé, pratiquer une brèche antérieure qui permette d'aborder l'ethmoïde de face. Comme je crois l'avoir montré par un grand nombre de cas on arrive ainsi que je l'ai préconisé par la brèche orbitaire à faire un curettage complet du sinus frontal sans toucher à la paroi antérieure. Malgré ce que dit Lermoyez on n'a plus à craindre les méfaits de l'espace mort puisque la suppression de l'ethmoïde fait du sinus frontal une annexe de la fosse nasale agrandie.

MOLINIÉ (Marseille). — Aucune méthode opératoire ne met à l'abri de la récurrence, même celle de Kuhnt-Luc, à cause de la participation de l'ethmoïde. On peut même dire que l'opération de Kuhnt-Luc ne supprime pas toujours la cavité du sinus, car dans certains cas ce résultat est impossible à obtenir.

LAURENS (Paris). — Je suis partisan de l'opération d'Ogston-Luc que j'ai toujours employée et dont je me suis toujours bien trouvé. Sur 35 ou 40 cas le quart à peine a récidivé. Le procédé, quelles que soient les dimensions du sinus, est une excellente opération. Dans les cas de récurrence, j'ai évité toute complication en pratiquant le débridement immédiat qui donne issue au pus et aussitôt que possible la sinusectomie totale. Ces cas feront du reste le sujet d'un prochain travail.

MOURE répond à Lermoyez que l'accident mortel qu'il a relaté ne peut servir à la condamnation de la méthode d'Ogston-Luc puisque non seulement l'opération avait été très largement faite, mais que du fait de la maladie, la paroi orbitaire avait disparu, qu'il s'était fait une sorte de Killian spontané.

Pour ce qui est de l'objection de Jacques, M., rappelle que dans son premier cas il s'agissait d'une mucocèle frontale sans ethmoïdite, ce n'est donc pas à l'ethmoïdite qu'il faut attribuer la fistulisation.

M. ne croit pas enfin qu'aucune méthode opératoire puisse amener comme résultat la suppression totale de la cavité du sinus, l'absence de tout espace mort. Il se refuse donc à être partisan systématique du Kuhnt-Luc. Quand le malade guérit ce n'est pas absence de cet espace mort, c'est parce qu'on a laissé un espace non infecté.

Il conclut comme l'an dernier en disant : à petit sinus, opération d'Ogston-Luc, en cas de grand sinus, ou de récurrence, résection large.

MAHU. — Sinusite frontale avec empyème du sinus maxillaire chez une femme de soixante-dix-sept ans. Refus d'opération. **Mort.** — Sera publié *in extenso*.

DE PONTIÈRE (Charleroi), a pratiqué systématiquement la méthode de jaugeage préconisée par Mahu pour le diagnostic différentiel de la sinusite maxillaire et de l'empyème. Il n'a eu qu'à s'en louer. Un fait récent lui en a clairement prouvé la valeur clinique. Un malade très nerveux chez qui il avait fait deux lavages, et chez qui le signe de Mahu indiquait un empyème simple, se refusa à continuer les lavages et exigea l'opération radicale. P., fit celle-ci et après ouverture du sinus constata tout au plus l'existence d'une petite quantité de muco-pus sans fongosités. Il se contenta d'un simple nettoyage de la cavité, referma. Guérison.

LERMOYEZ. — Ce n'est pas sans quelque hésitation et après mûre réflexion que je me décide à prendre la parole sur un point qui depuis longtemps me préoccupe.

Sous son apparence quelque peu paradoxale, mon idée pourrait paraître un retour aux errements anciens, ce qui cependant est loin de ma pensée, voici ce dont il s'agit :

Nous sommes habitués à considérer la sinusite frontale chronique comme une affection menaçant très sérieusement l'existence et à conseiller systématiquement à nos malades de s'en guérir par une intervention. Nous sommes amenés à une telle conclusion, d'abord par la considération des rapports anatomiques du sinus ; deuxièmement, par la comparaison de ce qui se passe dans l'oreille qui suppure, et enfin par l'observation de faits tels que ceux que rapporte Mahu.

Cependant les choses se passent-elles ainsi qu'on se le figure ? La sinusite frontale est-elle aussi grave qu'on le croit et jusqu'à quel point sommes-nous autorisés à conseiller à nos malades l'intervention curative ? Le premier point à établir est le suivant : chacun de nous a vu de nombreux malades succombant à des accidents cérébraux d'origine otique ; il a, au contraire, observé très peu de cas d'accidents fronto-cérébraux ; ce qui le prouve, c'est que Mahu ne ferait pas sa communication s'il s'agissait d'un fait banal de mort cérébrale par l'oreille.

En second lieu, si on feuillette les observations publiées dans les différents journaux spéciaux, on trouvera peu de cas d'accidents cérébraux mortels au cours d'une sinusite frontale chronique. Et ce qui est curieux c'est que le nombre des morts cérébrales paraît aussi grand, sinon plus grand chez les sinus opérés que chez les sinus non opérés, or, cette statistique approximative

doit être exacte, car nous sommes tous beaucoup plus de tendance à publier l'histoire des malades qui sont morts après avoir refusé notre opération que l'observation de ceux qui sont succombé l'ayant acceptée et subie.

En troisième lieu on ne saurait exactement comparer l'oreille moyenne au sinus frontal, l'oreille est une cavité très anfractueuse dont le drainage est anatomiquement très imparfait, le sinus frontal au contraire, est une cavité simple à évacuation rapide.

En quatrième lieu j'insiste sur ce point : lorsque nous trépanons une oreille qui suppure, nous rencontrons toujours des lésions beaucoup plus accentuées que nous n'avions supposé, au contraire, dans la sinusite frontale chronique même en cours de réchauffement, c'est toujours une surprise pour nous que de constater le peu d'altération de la région malade par rapport à l'intensité des symptômes observés. L'oreille trépanée nous montre des lésions osseuses étendues, des perforations pariétales, le sinus latéral, la dure-mère largement à nu et fongueux, le sinus frontal ouvert montre la plupart du temps ses parois osseuses saines, du pus sous pression, des muqueuses un peu fongueuses et voilà tout ce que l'on rencontre.

Loin de moi la pensée de considérer la sinusite frontale comme une chose insignifiante et de nier l'utilité des opérations dirigées contre elle. Mais je crois qu'en clinique nous devons être opportunistes et non pas radicaux, dire à tout malade porteur d'une sinusite frontale indistinctement (comme on le fait pour les suppurations d'oreille) qu'il est atteint d'une maladie fatalement mortelle et qu'il faille systématiquement l'opérer, est excessif. Attendu que les faits démontrent la fausseté de ce pronostic et prouvent d'autre part que l'intervention chirurgicale n'a pas l'innocuité qu'on se plait à dire.

En deux mots : avoir une sinusite frontale chronique est chose moins grave qu'on ne croit, opérer une sinusite frontale est chose plus sérieuse qu'on ne le dit.

Je tiens à attirer l'attention sur ce point et laisse maintenant la parole aux statistiques.

BUNAIN (de Brest). — Deux observations intéressantes de complications endo-crâniennes d'otite moyenne suppurée. — Ces deux observations sont intéressantes à deux points de vue différents. Dans la première, il s'agit d'une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne ayant suivi de près un électro-diagnostic de paralysie faciale chez un malade opéré deux mois auparavant pour

otorrhée et mastoïdite chronique. La mort survenue dans les quarante-huit heures, fut naturellement attribuée par la famille du malade, à l'emploi, pourtant bien innocent de l'électricité. Les altérations vasculaires sont certainement les seules coupables en la circonstance. Mais on peut se demander si, en dehors des causes habituelles des altérations vasculaires, il ne faut pas incriminer l'infection otogène de longue durée.

L'intérêt de la seconde observation réside dans la rareté des lésions observées et dont le diagnostic précis était bien difficile sinon impossible : Thrombose adhésive du sinus droit, avec vacuité du sinus latéral correspondant à l'oreille droite atteinte d'otorrhée et de mastoïdite condensante ; enfin, leptoméningite suppurée de l'hémisphère cérébral opposé.

TOUBERT (Paris). — **Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes.** — (publié *in extenso*.)

JACQUES (Nancy). — **Deux faits de clinique laryngologique :**
1° *Agrafe enclavée dans le larynx; extraction par laryngotomie inter-cricothyroïdienne.* — Le sujet était une fillette de 5 ans et demi ; le corps, une agrafe de corsage de 12/18 millimètres, était inséré entre les cordes, le crochet disparaissant dans la sous-glotte et les anneaux reposant sur la face supérieure des rubans vocaux. L'étroitesse des voies et la disposition du corps enclavé nécessitaient l'opération externe, qui put être réduite à la simple incision de la membrane cricothyroïdienne. Cette intervention simple dispense de la trachéotomie préalable et évite la fissure du thyroïde. Elle fournit, même chez l'enfant, une force assez large sur la région sous-glottique pour permettre l'extraction de corps enclavés dans la glotte dont les dimensions transversales n'excèdent pas le diamètre antéro-postérieur du larynx.

2° *Ankylose cricoarythénoïdienne bilatérale consécutive à la trachéotomie haute (laryngotomie inter-cricothyroïdienne).* — Il s'agit d'un homme opéré d'urgence en Amérique pour sténose par gomme de la corde vocale droite et porteur de canule depuis quatorze ans. L'incision des voies aériennes avait porté sur l'espace crico-thyroïdien en empiétant légèrement sur le thyroïde lui-même. La présence de la canule dans la sous-glotte semble avoir été la cause d'une ankylose partielle, bilatérale et symétrique, des cordes en position cadavérique. Cette observation confirme l'opinion exprimée par Moure sur les dangers des incisions hautes

(laryngotomie et cricotrachéotomie) dans le traitement des sténoses aiguës du larynx : une sténose définitive pouvant se développer secondairement par ankylose fibreuse ou myosite chronique.

RUault ne croit pas que la trachéotomie haute soit une mauvaise opération. Si elle donne parfois de mauvais résultats c'est qu'on emploie des canules beaucoup trop grosses et beaucoup trop longues. Quant à lui, il tâche toujours de faire l'inter-cricothyroïdienne, et il met à ses opérés de petites canules qui suffisent largement à la respiration, qui ne gênent pas le malade, qui ne causent aucun trouble de la déglutition.

MERMOD (Lausanne). — **Du traitement de la tuberculose laryngée.** — L'ensemble des interventions actives réunies par Heryng sous le nom de traitement chirurgical, est loin d'être en faveur encore aujourd'hui, et si Heryng prétendait, il y a quinze ans, avoir vu des confrères n'osant publier tel cas heureux de peur de se compromettre, ceci est œuvre vraie maintenant. Les objections sont multiples : nature de processus presque toujours secondaire, crainte de la généralisation soit dans l'organisme, soit dans le larynx lui-même par la mise à nu de nouvelles voies à l'infection ; récurrences qui seraient toujours la règle ; difficulté du traitement ; enfin, possibilité de la guérison par les soins généraux.

L'auteur n'est pas seul à admettre actuellement que la laryngite primaire est bien plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, mais il est bien loin de limiter l'intervention à un cas de minorité, ayant pu se convaincre nombre de fois qu'un larynx peut guérir indépendamment de poumons très compromis, et que cette guérison a une influence favorable énorme sur le poumon lui-même.

Les dangers de dissémination post opératoire, dont l'auteur rapporte deux cas personnels discutables, sont rares et plus théoriques que réels. La récurrence, quand elle a lieu, ce qui n'est pas la règle, n'enlève pas au malade le bénéfice d'un bien-être marqué, souvent pendant des années ; elle n'est pas plus grave et pas plus difficile à guérir que la première atteinte, à condition que le malade n'ait pas été perdu de vue pendant trop longtemps. Quant à la prétendue difficulté technique, elle ne peut exister que pour le débutant qui choisirait le traitement de la tuberculose laryngée pour ses premières armes. Enfin, les cas de guérison spontanée sont trop exceptionnels pour qu'il soit permis de s'en servir pour ne pas intervenir.

Le traitement rationnel doit être aussi chirurgical que possible, même dans la période primaire, il faudrait dire surtout dans la

période primaire, quand le mal est encore circonscrit, et alors même que les conditions générales ne seraient pas des meilleures. Et plus tard, en dehors du cas absolument désespéré, le malade semblant destiné à sombrer à brève échéance, il vaut encore mieux intervenir sur un larynx gravement compromis, la guérison survenant parfois en dehors de toute attente, et l'amélioration constamment ; et il ne s'agit pas seulement d'un soulagement subjectif, de courte durée, à la façon de certains médicaments, mais de l'amélioration réelle, ôtant à la tuberculose laryngée son caractère si cruel.

L'auteur cherche à faire le procès des traitements timides, faits sans conviction, et faisant perdre un temps précieux. Le traitement à l'acide lactique lui-même ne mérite pas son ancien crédit ; il est long et douloureux, et surtout inefficace du moment que le tissu est infiltré ; les injections interstitielles sont plus douloureuses encore, et exposent sans cesse à l'œdème ; l'auteur rapporte 3 cas personnels où la trachéotomie dut être faite d'urgence.

Le curettage, méthode brutale en elle-même, a l'inconvénient de soulever des masses de tissu sans les détacher complètement. L'ablation à la pince coupante est plus chirurgicale ; ce serait même le procédé le meilleur de tous, et qui permettrait, avec une technique suffisamment exercée, d'évider complètement un larynx par les voies naturelles, si le gros danger de l'hémorrhagie ne devait nécessairement limiter les interventions. C'est pourquoi le galvanocautère reste le procédé idéal, mettant à l'abri des hémorrhagies, et aussi des infections secondaires mieux que ne le ferait une section nette avec un instrument tranchant. L'œdème n'existe que dans les livres. La méthode ne réussit que si elle est appliquée énergiquement sans arrière-pensée, avec la conviction d'avoir produit la destruction réelle de gros morceaux de tissu. La bonne vieille thermique est encore ce que nous avons de mieux pour amener la sclérose, rien n'a pu la détrôner jusqu'ici, et elle mérite d'occuper le premier rang dans le traitement de la tuberculose laryngée. L'auteur, à l'appui de ses conclusions, apporte une cinquantaine d'observations toutes favorables au traitement chirurgical. Dans beaucoup de ces cas, il y a eu guérison durable, même lorsque l'état du larynx paraissait désespéré, et le nombre de succès augmente avec l'emploi exclusif du galvanocautère.

AIMAR RAOULT (Nancy). — **Phlegmon periamygdaalien externe. Infection due à un corps étranger.** — E. D. âgé de 24 ans, vient à mon cabinet de consultation le 21 juillet 1903. Voici l'état du

malade tel qu'il fut observé par mon excellent confrère le docteur Pillement qui me remplaçait.

Le malade se plaignait depuis huit jours de violentes douleurs dans l'oreille et d'impossibilité d'ouvrir la bouche. La déglutition était aussi complètement impossible tant pour les solides que pour les liquides. Depuis cette huitaine, le malade avait de l'insomnie une anorexie absolue, de la fièvre; son teint était plombé, la peau était couverte de sueurs profuses; bref il présentait tous les caractères de la septicémie.

La tête est inclinée à gauche, et on remarque un empâtement énorme de la région rétro-maxillaire et sous-maxillaire du côté gauche. Cet empâtement donne à la palpation une sensation de dureté ligneuse, on ne peut que très difficilement délimiter les ganglions sous-jacents qui sont entourés d'une gangue du tissu cellulaire infiltrée.

Le malade ne peut entr'ouvrir la bouche que très faiblement; les dents et la langue sont recouverts d'un enduit saburral épais l'haleine est très fétide. On arrive très difficilement à abaisser la langue et à apercevoir le fond de la gorge. Le voile du palais du côté gauche est œdématié au-dessus et en avant de l'amygdale; celle-ci est adhérente au pilier antérieur, qui la masque presque complètement.

Enfin toute la région amygdalienne gauche est tuméfiée, tendue repoussée en dedans et en avant.

Pillement pratique une iguipuncture du voile du palais immédiatement au-dessus de l'amygdale, au moyen du galvanocautère, cette iguipuncture donne issue à une petite quantité de pus. Il prescrit en même temps des pulvérisations phéniquées mentholées chaudes et l'enveloppement du cou avec des compresses chaudes.

Le 22 au matin, le malade sachant que je devais être rentré, revient à mon cabinet de consultation. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, l'état général est très mauvais aussi je manifeste au malade le désir de le faire entrer à ma clinique. Il s'y refuse et retourne chez lui, dans un village voisin de Nancy. Le soir même, comme il m'est impossible de m'absenter, Pillement va le voir, et pratique une nouvelle incision au bistouri au-dessus de l'amygdale. Cette incision donne encore issue à un peu de pus.

Le malade se sent soulagé après. Néanmoins dans la nuit, les douleurs réapparaissent et le malade se décide à entrer à la clinique le lendemain.

Le 23 juillet je le vois à la clinique Sainte-Marie. La douleur qui avait diminué légèrement après chaque incision du voile du

palais s'est augmentée. L'état général est de plus en plus mauvais. En introduisant mon doigt dans la bouche et en pressant sur l'amygdale gauche, tandis que l'autre main est placée sous la région latérale du cou et immobilise les téguments, j'arrive à percevoir une fluctuation profonde. Il y a donc eu à la fois abcès sus-amygdalien et abcès périamygdalien externe.

Pour ouvrir par la bouche l'abcès péri-amygdalien externe, il existait une certaine difficulté à cause de l'impossibilité qu'éprouvait le malade à ouvrir la bouche et de plus en raison de l'adhérence de l'amygdale au pilier antérieur qui le recouvrait entièrement. Je me suis servi pour pouvoir pratiquer cette ouverture d'une paire de ciseaux courbes tenus de la main gauche, en me guidant sur mon index droit introduit dans la bouche. Avec les ciseaux, j'ai attaqué la face interne de l'amygdale en la coupant puis à partir d'une profondeur de un centimètre environ, j'ai fermé les ciseaux et les ai utilisés comme une sonde canelée pour effondrer les parties profondes, et pour arriver jusqu'à la collection de l'abcès. A ce moment est arrivé un flot de pus horriblement fétide.

Les jours suivants l'amélioration s'est établie progressivement, l'adénopathie a diminué et l'état général s'est amendé assez rapidement. Au bout de huit jours le pharynx et l'amygdale avaient repris un aspect presque normal.

Le lendemain de l'ouverture de l'abcès, le malade nous dit avoir senti en crachant un paquet de pus un corps pointu qui le piqua dans la bouche; il nous montra ce corps étranger. C'était une sorte de petite paille longue de 4 centimètre et demi très effilée et ondulée.

Il lui revint à la mémoire les faits suivants, dont il ne nous avait pas entretenu au début : Vers la fin de juin, il mâchait, en se promenant un épi d'orge sauvage; il en avala une parcelle qui alla s'implanter dans la partie inférieure de l'amygdale gauche. Il dit avoir ressenti à ce moment une forte sensation de piqure. Il arracha avec ses doigts une partie de cette spicule et crut avoir tout enlevé. Quelques jours après, il n'y pensait plus, lorsqu'il ressentit une douleur légère dans la région amygdalienne, douleur qui alla en augmentant les jours suivants. Peu à peu il éprouva de la difficulté à ouvrir la bouche; environ huit jours après la douleur devient très vive à la déglutition. Enfin l'adénopathie commença à apparaître vers le quinzième jour.

Ce cas nous semble intéressant à relater en raison des deux particularités suivantes :

1^{er} Coïncidence d'un abcès susamygdalien et d'un abcès périamygdalien externe.

2^e Infection de l'amygdale par un corps étranger et marche assez lente dans l'évolution du phlegmon avant l'apparition des symptômes graves.

GAREL (Lyon). — Un cas de laryngocèle. — Sera publié *in extenso*.

LERMOYEZ. — présentation d'un malade opéré il y a trois mois pour une tumeur maligne de l'ethmoïde. — Sera publié *in extenso*.

MOUNIER. — Résultats de l'application du Penghawar dans les hémorrhagies en nappe des muqueuses et de la peau. — Le penghawar déjà préconisé en France a été employé par l'auteur depuis plus d'une année dans toutes ses interventions sanglantes intra-nasales. Il conseille de veiller au nettoyage parfait de la plaie avant d'appliquer les fibrilles de djambi qui pourraient se glisser sous les lambeaux de muqueuse et amener de l'irritation des tissus. On place le penghawar sans bourrer la narine, on l'enlève à la pince au bout de 24 heures.

Les avantages sont les suivants :

1^o hémostase parfaite même après l'emploi de l'adrénaline ;

2^o perméabilité de la fosse nasale, ce qui n'existe pas avec les pansements ordinaires compressifs ;

3^o pas d'hémorragie à l'ablation des fibrilles comme cela a lieu quand on enlève le premier pansement habituel ;

4^o cicatrisation plus rapide de la plaie.

LANNOIS et FERRAN (Lyon). — Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique. — H., 38 ans ; après 10 jours de douleurs violentes dans l'oreille gauche, écoulement qui le soulage d'abord. Puis la douleur reparait dans l'oreille et en même temps diplopie. Celle-ci est en rapport avec une paralysie du moteur oculaire externe du même côté. Insuffisance de l'écoulement et incision d'un gros gonflement en haut et en arrière. Guérison parallèle en trois semaines de l'otite et de la paralysie de l'abducteur. A aucun moment il n'y eut de symptômes pouvant faire penser à une participation de l'apophyse, de la pyramide du rocher, des méninges, etc.

Les auteurs après avoir discuté les diverses théories (lésions de la pyramide du rocher, abcès sous dure-mériens, œdème piémé-

rien, méningite plus ou moins franche, abcès cérébelleux et sinusites), estiment que dans les cas légers comme le leur, on peut admettre une paralysie d'ordre réflexe se produisant probablement par l'intermédiaire du nerf vestibulaire et du noyau de Deiters dont on connaît les relations avec les noyaux des nerfs moteurs oculaires.

Ce fait montre qu'il ne faut pas toujours attacher une signification pronostique grave aux paralysies oculaires se produisant au cours des otites.

LUBET-BARDON. — J'ai vu deux cas de paralysie du moteur oculaire externe, siégeant du côté malade, dans des cas d'otite. Les deux malades ont été trépanés. Chez la première fillette de 7 ans la trépanation a été menée jusque dans le crâne par crainte d'un abcès extradural allant jusqu'au sinus caverneux. Fait curieux, sous le chloroforme la paralysie paraissait avoir disparu et les deux yeux regardaient en haut et du côté de la lésion, si bien que je me demandais si cette paralysie du moteur oculaire externe n'était pas une contracture du moteur oculaire commun.

Les deux malades ont guéri ce qui prouve que ces troubles survenus n'ont pas la gravité qu'on pourrait leur attribuer si on pensait qu'ils sont dus à une lésion intracrânienne.

M. CHEVAL (de Bruxelles). — Je remercie M. Lannois de son intéressante communication. Elle me permet de vous dire deux mots d'un cas curieux de paralysie du moteur oculaire externe, seul signe actuel d'une otite semblant guérie.

A son entrée à l'Hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, le malade nous dit avoir été soigné, il y a six semaines, pour une otite grippale aiguë, à droite ayant suppuré et se plaint de douleurs occipitales intolérables. Le tympan est cicatrisé, la température, pendant son séjour, a oscillé entre 37° et 38°,5; le malade présente une paralysie du nerf moteur oculaire externe droit; l'analyse du liquide encéphalo-rachidien ne donne aucun renseignement.

J'ai proposé une antrotomie, qui devait précéder une trépanation crânienne, pour aller à la recherche du sinus caverneux. Le malade s'y est refusé. Une amélioration survient dans les symptômes, la température oscille autour de la normale, les douleurs occipitales avaient disparu, dès les premiers jours de son admission à l'Hôpital, après la 3^{me} semaine d'observation, le malade accuse de la gêne de la déglutition et une sensation douloureuse siégeant dans le cavum. Nous constatons une tuméfaction de la fossette de Rosenuller, tuméfaction qui double le

pillier postérieur droit. Son incision donna issue à un peu de pus. La température qui avait atteint 39,5 redevint normale et la paralysie du moteur oculaire externe cessa.

Je ne crois pas le malade guéri, car je persiste à croire que je devrai intervenir. Cet abcès, par congestion, démontre la possibilité d'une lésion de la pointe du rocher, mais j'attends que des indications nouvelles y amènent le malade.

Le malade reste donc en observation.

RAOULT (Nancy). — Note sur l'emploi de l'adrénaline dans les cas d'affections malignes de la gorge. — L'auteur a employé plusieurs fois l'adrénaline à 1 %_{or} en badigeonnages sur les tumeurs malignes du pharynx et du larynx. Dans ce cas les applications d'adrénaline à petites doses ont été répétées pendant environ un mois ; à la suite eut lieu l'élimination de l'amygdale malade, élimination qui fut accompagnée de phénomènes réactionnels assez violents.

RAOULT (Nancy) Action des rayons N sur l'audition. — Les rayons N découverts par Blondlot ont été étudiés par Charpentier au point de vue de leur action physiologique. Les expériences relatées par Raoult ont été faites en collaboration avec le prof. Charpentier. Les corps émettant des rayons N produisent nettement une augmentation des phénomènes auditifs soit qu'ils soient approchés de l'oreille, soit qu'ils soient appliqués sur le crâne au niveau des centres auditifs, soit enfin que le sujet en expérience touche du bout des doigts cette source de rayons N. De plus il semble que cette augmentation de l'audition s'accompagne d'une élévation de la tonalité du bruit, par exemple si l'on prend comme source de son un diapason. Enfin les rayons N² diminuent l'audition.

BÉCLÈRE et PAUL VIOLET. — Un cas de néoplasme du larynx traité avec succès par les rayons de Röntgen — Il s'agit d'un malade jugé atteint de cancer du larynx et à ce titre, soumis à la radiothérapie par le D^r Béclère. Le diagnostic de cancer a été porté par les D^{rs} Violet, Chauffard, Launay et A. Béclère.

Cependant l'examen microscopique manquant, on peut discuter la valeur démonstrative de ce cas au point de vue de la radiothérapie du cancer : il n'en est pas moins intéressant de montrer et, ce cas le prouve, que les rayons X peuvent exercer une action favorable sur certaines lésions de la muqueuse laryngée à travers la

charpente cartilagineuse du larynx et les parties molles qui la recouvrent.

Si le diagnostic de cancer était justifié, il n'en resterait pas moins nécessaire que l'épreuve du temps confirmât les résultats obtenus, la cure étant trop récente pour que l'on puisse encore en juger définitivement.

Le malade présenté à la Société M. B., âgé de 51 ans, était porteur au 25 novembre 1903, d'une tumeur de la paroi latérale gauche du larynx, ne paraissant pas ulcérée, mais bombant fortement dans la cavité laryngée, dissimulant une notable partie des cordes vocales, et débordant même le repli aryéno-épiglottique, du côté malade, pour s'étendre à la paroi voisine du pharynx; le malade présentait en outre une adénite junta-laryngée gauche, du volume d'une petite noix, mobile sous les téguments.

La dysphagie était très prononcée; le malade avait maigri de 18 livres en deux mois, ne pouvant plus s'alimenter que péniblement d'un peu de lait; la voix était très altérée.

Le malade ayant refusé une laryngectomie totale proposée par Launay et Viollet, le Dr Chauffard eut l'idée de l'adresser au Dr Bécclère pour tenter sur lui les effets de la radiothérapie.

Le Dr Viollet appelé à suivre l'évolution des lésions constata, le 25 décembre, l'ulcération de la tumeur qui paraissait en voie de mortification. Deux mois après, la tumeur diminuait de volume et la portion ulcérée se limitait à la région primitivement occupée par elle; l'adénite avait presque complètement disparu. Actuellement il ne reste à la place de la tumeur qu'une sorte d'excavation cicatricielle au centre de laquelle on reconnaît l'aryénoïde gauche qui a été comme abrasé; l'immobilité de la moitié gauche du larynx a seule persisté. L'adénite cervicale a disparu. Le malade a engraisé de 16 livres, il mange sans aucune difficulté, sa voix est complètement revenue. Le malade a été soumis par Bécclère à l'action des rayons X du 1^{er} au 12 décembre 1903, les 23, 25, 26 et 28 décembre 1903, du 11 au 31 janvier 1904, du 7 au 29 mars 1904.

Instruments : bobine d'induction de 35 centimètres d'étincelle, courant primaire 6 ampères et 70 volts, ampoule à osmo-régulateur de Villard, étincelle équivalente mesurée au spintermètre 7 centimètres.

La distance de la paroi de l'ampoule à la peau était de 15 centimètres; pendant la première période de traitement le côté gauche et le côté droit du cou ont été alternativement exposés, pendant les périodes suivantes le côté malade l'a été seul; la durée des

séances était de 15 minutes pendant les trois premières périodes de traitement, de 10 minutes seulement pendant la dernière ; les interruptions dans la cure ont été nécessitées par des incidents de radiodermite superficielle ayant provoqué de la rubéfaction ou de la vésication dans un cas.

Il n'a été publié jusqu'ici qu'un seul cas comparable, c'est celui d'un avocat atteint de tumeur laryngée diagnostiquée cancer et traitée avec le même succès par W Schreppegrell (*Revue hebdomadaire de laryngologie* 1903. N° 11 p. 305).

M. DELSAUX. — Je n'ai pas d'expérience personnelle sur l'action des rayons de Röntgen sur le cancer, mais j'ai eu l'occasion de soumettre un cas d'épithélioma du larynx dont le diagnostic avait été vérifié par le microscope à l'action du radium. Les résultats quoique incomplets ont été satisfaisants ; j'ai vu à la suite de ce traitement le tissu superficiel de la tumeur se condenser.

Avec un radium plus pur que celui que j'ai employé j'espère obtenir de meilleurs résultats.

J'ai en outre un cas de cancroïde du nez guéri en dix séances.

CABOCHE (Paris). — **Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoidien par les insufflations d'acide borique et sur la résection immédiate des parois supérieure et postérieure du conduit membraneux.** — (sera publié *in extenso*).

DELSAUX confirme les excellents résultats par lui obtenus par cette méthode dans 20 à 25 cas. Mais il se demande pourquoi l'auteur n'emploie pas plus souvent la suture immédiate du pavillon.

LERMOYEZ demande quelle est la conduite de l'auteur dans les cas de vastes brèches mastoïdiennes avec dénudation large du sinus et destruction de la pointe mastoïdienne et même d'une partie de l'écaïlle du temporal.

LOMBARD. N'est pas partisan de la suture immédiate du pavillon. Il suffit de laisser se refermer peu à peu la plaie rétro-auriculaire. Quant aux vastes plaies dont parle M. Lermoyez, il a pu en traiter uniquement par la méthode des pansements boriqués.

CABOCHE. — Nous n'avons pas fait la suture immédiate du pavillon surtout pour surveiller la marche de l'épidermisation dans le procédé employé.

Nous croyons qu'il n'y a pas d'inconvénients à faire la suture immédiate du pavillon sauf dans les cas de cholestéatome infecté ou dans le cas d'évidement extrêmement large de la cavité mastoïdienne.

En ce qui concerne les vastes plaies dont parle le Dr Lermoyez, il n'y a aucun inconvénient à remplir la cavité auriculaire de poudre d'acide borique et à panser le reste de la plaie suivant les méthodes de chirurgie générale.

Dr HENNEBERT. — Dans un cas d'évidement a eu un succès parfait avec les insufflations boriquées et la résection du conduit membraneux.

BAR (Nice). — **Volumineux polype des Choanes, Exérèse par voie buccale. Considération générale.** — Dans cette observation l'auteur s'est appliqué à la description minutieuse des symptômes des polypes choanaux et a exposé les diverses tentatives d'exérèse applicables à la cure radicale de cette affection. La prise par voie buccale seule lui a réussi en cette circonstance. Elle est quelquefois le seul moyen possible à employer tant à cause du volume énorme de ces tumeurs qui ne pourraient être extraites par voie nasale, que parce qu'elle est encore parfois le seul moyen de les prendre, les diverses anses restant sans les saisir. L'observation montre aussi la possibilité de polypes mixtes ainsi que l'avait autrefois établi Parias dans une étude anatomo-pathologique de ce genre de néoplasme.

BAR (Nice). — **Inflammation hémorrhagique du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne.** — L'auteur, à l'appui de ce qu'il a dit à ce sujet dans un travail antérieur sur les otites externes hémorrhagiques, apporte une observation dans laquelle des phlyctènes inflammatoires gorgées de sang noir ayant été constatées dans l'oreille externe on vit l'inflammation ne pas rester limitée au méat mais gagner très rapidement la caisse, de telle sorte qu'un écoulement sanguin se faisait par voie tubaire dans le pharynx et se fit bientôt par le méat venant et du conduit auditif externe et de la caisse après perforation tympanique. La littérature médicale indique à peine ces cas ; ils doivent généralement être considérés toujours comme graves, d'origine infectieuse entre autres causes de l'influenza ; ils paraissent sous la dépendance des colonies microbiennes parmi lesquelles le *Staphylococcus pyog. aureus* aurait été remarqué.

LOUIS VACHER (Orléans). — **Du procédé le plus pratique pour enlever totalement les amygdales enchâtonnées.** — Partisan convaincu de l'ablation totale des *amygdales malades, quel que soit leur volume*, j'ai continué à rechercher le procédé le plus

simple, le plus rapide et le moins dangereux pour faire cette ablation.

L'emploi de mes pinces pour curetter la loge amygdalienne, qui s'est vulgarisé depuis quelques années, a fait faire un progrès marqué à cette question. Mais en modifiant le procédé à l'anse chaude, ou à l'anse froide, on peut enlever totalement les amygdales d'un seul coup.

Voici ma manière de faire : 1° libérer autant que possible l'amygdale des piliers en avant, en arrière, en bas avec le stylet mousse de Higuet, le plicotome de Lermoyez ou nos ciseaux stylet ; 2° passer au travers de l'anse ma pince à mors mousses ou une petite pince de Museux. Aller avec cette pince saisir largement et profondément l'amygdale au fond de la loge, l'attirer fortement en dedans et porter l'anse contre les piliers pendant que l'amygdale est luxée de la loge ; 3° serrer fortement l'anse et faire passer le courant. Si on se sert de l'anse froide, serrer lentement pour obtenir l'écrasement des vaisseaux avant leur section. La section doit être d'autant plus lente que le malade est plus âgé. On diminue ainsi les dangers d'hémorragies qui sont du reste très rares et moins à redouter qu'avec un morceleur quelconque. La traction de l'amygdale en dehors de sa loge n'expose pas l'anse à sectionner un gros vaisseau puisqu'il a été démontré qu'entre la loge amygdalienne et la carotide interne, il y a la paroi pharyngienne et l'espace pharyngo-maxillaire. J'ai enlevé les amygdales par ce procédé un nombre considérable de fois. Je n'ai trouvé à mon procédé que des avantages et pas un inconvénient.

MOLINIÉ (de Marseille). — **Consultation sur un cas de laryngectomie.** — M. relate une observation de laryngectomie totale pratiquée chez un homme de 63 ans par un carcinome du larynx. Le malade guéri chirurgicalement dès le 8^e jour, pouvant déglutir normalement a succombé six jours plus tard aux suites d'une broncho-pneumonie déclarée 5 jours après l'opération. M. fait ressortir le contraste entre la guérison opératoire et l'évolution fatale de la broncho-pneumonie. Il estime que celle-ci peut survenir par infection opératoire et post-opératoire. Il recommande comme mesures préventives d'abord d'opérer aseptiquement en évitant la pénétration du sang dans la trachée, et de compléter l'asepsie opératoire par l'asepsie post-opératoire, c'est-à-dire l'asepsie du local et du personnel.

M. présente les pièces anatomiques enlevées au cours de l'opération.

BERTHEM (Charleville). — **Syndrome de Menière récidivant dans le cours d'une otite catarrhale chronique. Guérison des vertiges par le curettage de l'arrière-nez.** — Malade de 59 ans. Vertiges, bourdonnements, vomissements il y a 48 ans et pendant à peu près 3 ans ; surdité lentement progressive à gauche. Il y a un an, récidive. Rétraction du tympan à gauche, pharyngite retro-nasale hypertrophique, labyrinthe intact ; la douche d'air améliore l'audition et, poursuivie pendant quelques semaines, diminue le nombre des accès vertigineux. Curettage de l'arrière-nez et dissection au crochet de Ruault. Il n'y a plus eu de vertiges depuis ; la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

VEILLARD (Paris). — **Gommes de la région inter-maxillaire.** — Deux cas de gomme du nez ; les lésions étaient localisées à la partie antérieure, au niveau du massif inter-maxillaire. La première malade présenta les symptômes cardinaux de l'affection : obstruction nasale et douleur provoquée à la pression, qui permirent un diagnostic précoce. Le traitement spécifique amena rapidement la disparition des accidents ; mais il y eut plusieurs retours offensifs et actuellement, au bout de 2 ans, si la malade cesse trop longtemps le traitement, le nez se bouche, le palais devient douloureux et les 4 incisives supérieures s'ébranlent.

Chez la seconde malade les lésions étaient déjà plus sérieuses quand elle vint consulter. Il y eut élimination successive de 2 sequestres cunéiformes portant chacun deux incisives, figurant exactement les 2 os inter-maxillaires. Puis la cicatrisation se fit et un appareil prothétique vint combler la perte de substance.

ESCAT (de Toulouse). — **Empyème ethmoïdo-sphénoïdal chez un enfant de 12 ans. — Evidemment du labyrinthe ethmoïdal et curettage du sinus sphénoïdal par voie orbitaire.** — Un jeune garçon de 12 ans, après une angine probablement streptococcique est atteint d'otite aiguë et d'empyème ethmoïdo-sphénoïdal compliqué d'accidents orbitaires et de névrite optique suivie d'atrophie.

Deux mois après le début du mal je suis appelé à intervenir. Après insuccès du traitement endo-nasal je pratique par voie orbitaire, l'évidement du labyrinthe ethmoïdal au cours duquel cornets moyen et supérieur sont enlevés, et j'utilise cette voie pour cureter le sinus sphénoïdal qui s'exécute avec la plus grande facilité.

Considérant le drainage nasal suffisant, je suture la plaie orbitaire — suites favorables ; cessation complète de toute sécrétion

nasale, et cicatrisation constatées par la rhinoscopie au bout de 7 semaines.

De ce résultat opératoire, je conclus :

1° Qu'en cas d'empyème ethmoïdo-sphénoïdal la seule voie orbitaire suffit pour atteindre à la fois le labyrinthe ethmoïdal et le sinus sphénoïdal. Sans qu'il soit utile de recourir pour ce dernier à la voie transmaxillaire plus longue que la précédente.

2° Que la substitution au labyrinthe ethmoïdal d'une vaste cavité osseuse mettant l'orbite en large communication avec la fosse nasale, assure amplement le drainage nasal et dispense du drainage orbitaire.

CHAVASSE (de Paris). — **Tuberculose laryngée ; laryngotomie inter-circo-thyroïdienne ; thyrotomie ultérieure avec résection de la corde vocale droite ; survie de dix-huit mois.** — Le malade qui fait l'objet de cette communication s'est présenté pour la première fois au traitement dans un état d'asphyxie menaçante qui a nécessité une laryngotomie intercircothyroïdienne d'urgence. Il y avait périchondrite et infiltration diffuse du larynx. L'expectoration contenait des bacilles de Koch ; dans les antécédents, syphilis dix-neuf ans auparavant. Le traitement spécifique, institué aussitôt après la mise en place de la canule à demeure, réussit contre la périchondrite mais laisse persister l'infiltration intralaryngée et des masses tuberculeuses végétantes.

La thyrotomie avec curettage de la cavité laryngée et excision de la corde vocale droite est alors pratiquée. Trois mois après le malade put reprendre la vie de famille et satisfaire aux obligations d'une profession pénible ; il conservait cependant une fistule thyroïdienne à ouverture intermittente. Il fut emporté en quelques heures par une hémoptysie foudroyante, dix-huit mois après l'intervention alors qu'il se considérait comme guéri et était en pleine activité professionnelle.

AUGIÉRAS (de Laval). — **Sur le traitement par l'évidement mastoïdien de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde qui complique les otites moyennes chroniques.** — Ce travail est basé sur l'observation de 4 cas.

Les caractères de l'affection sont :

1° Une névralgie violente et persistante du côté malade, affectant le type fronto-temporo-occipital ou temporo-occipital :

2° L'absence de signes extérieurs de mastoïdite sauf la douleur mastoïdienne spontanée et provoquée par la pression ;

3° Le défaut de rapport entre l'intensité de la douleur et l'état de l'oreille. Lors de la crise névralgique qui a nécessité l'intervention, l'otorrhée était guérie et la caisse épidermisée depuis 6 mois dans le 1^{er} cas ; l'oreille gauche du second sujet ne présentait plus qu'une suppuration minime en rapport avec un point d'ostéite de la paroi antérieure de la caisse ; dans le 3^me cas l'écoulement d'oreille avait cessé depuis plus de 2 ans ; enfin le dernier sujet était atteint d'otite moyenne scléreuse double ancienne, les oreilles n'avaient jamais suppuré, les tympans enfoncés et scléreux ne présentaient pas de cicatrices, les poussées inflammatoires que les oreilles avaient subies n'avaient pas dû dépasser les limites d'une simple otite moyenne catarrhale ;

4° La résistance de la névralgie à toutes les médications et l'hyperesthésie de l'oreille qui s'est manifestée par l'exacerbation des douleurs après instillation des solutions analgésiques et anesthésiques même les moins irritantes.

5° L'influence considérable de la maladie sur l'état général des sujets (insomnie, inappétence, dépression rapide et extrême des forces) ;

6° La rapidité de la guérison des douleurs névralgiques qui ont disparu subitement après l'évidement mastoïdien.

Les altérations osseuses mastoïdiennes constatées au cours de l'opération ont été celles de l'ostéite condensante à ses différents stades, sans traces de suppuration.

Les douleurs névralgiques s'expliquent par la compression des filets nerveux dans le tissu osseux condensé ou enflammé et leur disparition rapide après l'évidement par la suppression des filets nerveux et du tissu osseux malade.

Conclusion. — L'ostéite condensante mastoïdienne à forme névralgique est une indication formelle de l'évidement mastoïdien, par elle-même et indépendamment de l'état de l'oreille. L'opération doit porter sur la plus grande étendue possible de la paroi externe de la mastoïde et il faut enlever la plus grande partie possible du tissu osseux condensé.

Au point de vue des rapports de l'otologie avec la médecine générale, il y a lieu de rapprocher l'ostéite condensante à forme névralgique de la mastoïde de l'affection qui a été observée par le professeur Gosselin sur les os longs et qu'il a décrite sous le nom d'ostéite à forme névralgique ou ostéo-névralgie dans ses leçons cliniques et dans l'article os du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Le professeur Gosselin n'avait pas observé cette maladie sur les os plats.

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ORDRE DU JOUR

LERMOYER, LUBET-BARBON et MOURE. — **Le traitement de l'otite moyenne aiguë** (publié *in extenso* dans le numéro précédent des *Annales*).

Discussion.

LUC. — Messieurs, j'ai lu avec grand intérêt le rapport sur les otites aiguës signé de trois des meilleurs noms de notre société, de trois noms que nous sommes unanimes à considérer comme synonymes de grand sens clinique et de vaste expérience en matière de chirurgie auriculaire. Je suis heureux de dire aux trois éminents auteurs de ce travail que je me trouve en conformité de vues avec eux, relativement à la plupart des opinions exposées par eux dans leur travail. Je partage notamment leur conception des accidents communément désignés par le terme mastoïdite et qui, pour moi comme pour eux, mériteraient mieux la qualification de rétention mastoïdienne, puisque l'autre mastoïdien ne saurait demeurer étranger aux processus suppuratifs évoluant dans l'oreille moyenne, dont il est le prolongement direct, en arrière.

Je trouve, d'autre part, que nos collègues ont on ne peut mieux mis au point la question des indications et des contreindications de la paracentèse dans les otites aiguës, condamnant également l'abus et le rejet systématique de cette petite opération.

Sur ces divers points et aussi pour ce qui a trait aux indications de l'ouverture chirurgicale de l'apophyse mastoïde, mon adhésion aux principes émis par nos trois collègues est complète et sans réserve.

Sur d'autres points j'avoue que je cesse de me sentir en communion d'idées avec eux. Nos collègues paraissent se faire une bien haute idée de l'importance et de l'efficacité de nos moyens d'action sur la marche de l'otite moyenne aiguë. A les entendre, les otites aiguës formeraient, au point de vue du pronostic, deux groupes distincts : celles qui ont été bien soignées (c'est-à-dire, bien entendu, soignées par des otologistes) et celles qui n'ont été soignées que par des mains profanes ou point soignées du tout. Les premières guériraient généralement vite et complètement, ne laissant aux malades de traces, ni objectives, ni subjectives de leur passage. Aux autres, au contraire, serait particulièrement réservée

la menace des complications intra-crâniennes dans le présent et pour plus tard celle d'une durée prolongée et d'une diminution de la fonction de l'audition.

Et pourtant, une fois que nous avons pratiqué cette paracentèse dont je reconnais pleinement comme nos collègues l'action soulagente et salutaire, et que je suis d'avis comme eux de pratiquer aussi large que possible, quels moyens d'action nous reste-t-il pour diriger à notre guise et orienter dans le sens le plus favorable la marche ultérieure de la maladie ? Nos collègues nous le disent très clairement, puisqu'ils ne veulent entendre parler ni de lavages, ni de douches d'air et que toute leur thérapeutique locale se borne à l'introduction régulièrement répétée chaque jour d'une mèche de gaze aseptique au fond du conduit auditif. Et c'est à la faveur du pouvoir hydrophile de cette mèche qu'ils ont la conviction de drainer l'oreille suppurante de la façon la plus conforme aux principes de la chirurgie.

Or je pense, messieurs, que c'est là une pure illusion.

Entendons-nous bien : nul n'est plus convaincu que moi de la merveilleuse efficacité du tamponnement hydrophile, dans les otorrhées chroniques, alors qu'une vaste destruction de la membrane tympanique permet de pousser la mèche de gaze jusque dans la caisse, c'est-à-dire jusqu'au contact de la surface osseuse suppurante, bien entendu, alors que l'antre est étranger à la suppuration. Mais je ne saurais m'élever avec trop de force contre l'assimilation de ces dernières conditions à celles en face desquelles nous nous trouvons dans le cas de l'otite moyenne suppurée aiguë.

Vous avez, mes chers collègues, mille fois raison de faire et de recommander une perforation tympanique aussi étendue que possible ; mais vous aurez beau la faire très large, aussi large que possible, même avant qu'elle se soit rétrécie, ce qui ne manque et ne tarde jamais, elle sera toujours en disproportion avec l'étendue de la cavité à drainer, et votre pauvre mèche à prétention drainante sera toujours forcée de s'arrêter à son niveau, au lieu de plonger en plein foyer suppurant, ainsi que cela serait son devoir en tant qu'instrument de drainage.

Voulez-vous toute ma pensée ? En présence d'un abcès aigu de l'oreille, une fois le tympan largement ouvert, notre action sur la marche ultérieure de la suppuration est absolument dérisoire et notre rôle se trouve fatalement borné à épier l'occurrence de complications, en face desquelles nous ne manquerions pas de retrouver un emploi plus brillant de nos talents chirurgicaux. En un

mot, devant l'oreille qui suppure nous n'avons pas la voie du conduit et à travers la perforation tympanique, qu'une action à peu près nulle sur le foyer : nous ne drainons rien et nous ne désinfectons rien et cela pour l'excellente raison que nous n'avons pas accès jusqu'au foyer lui-même. Reconnaissez avec moi, je vous en prie, combien la situation change, quand des signes de rétention mastoïdienne s'étant montrés en arrière du pavillon, nous nous sommes trouvés autorisés à ouvrir largement l'antre, et par cette voie artificielle à désinfecter et à drainer à fond toute l'étendue du foyer suppurant. Du coup la suppuration cesse comme par enchantement. C'est ce qui me faisait dire devant vous, il y a deux ans, que ce qui peut arriver de plus favorable à un malade atteint de suppuration aiguë, profuse de l'oreille, destinée à durer pendant de longues semaines, c'est l'apparition d'accidents mastoïdiens autorisant le spécialiste à pratiquer l'opération qui seule permet de réaliser la désinfection complète et le drainage sérieux du foyer. D'autre part, invoquant ce fait que nous arrivons aujourd'hui, grâce au progrès de notre technique, à obtenir dans l'espace d'une quinzaine de jours la cicatrisation de la plaie rétro-auriculaire, à la suite de l'ouverture de l'antre, dans les cas aigus, et que l'anesthésie locale peut suffire pour cette opération, j'ajoutais qu'elle représenterait peut-être, dans un avenir prochain, le traitement de choix des otites moyennes aiguës, suppurées, accompagnées d'écoulement profus, même en dehors de tout signe de rétention mastoïdienne.

Et maintenant quelle sera ma conclusion pratique ?

Je crois que nos collègues ont grandement raison d'établir une distinction nette entre les cas où nous sommes invités à soigner l'otite avant l'ouverture spontanée du tympan et ceux où la membrane est déjà perforée, lors que nous sommes appelés auprès du malade. Dans les premiers, rien de plus naturel que de s'efforcer de maintenir, dès le début, le foyer à l'abri des germes extra-auriculaires, auxquels il a été soustrait jusque-là. Si en outre, une fois le tympan ouvert largement et aseptiquement par une main exercée, l'écoulement se montre peu abondant, j'admettrai très volontiers que le mode de traitement recommandé par nos collègues soit le plus opportun dans ces circonstances et qu'une mèche hydrophile, aseptique, non serrée, introduite chaque jour, jusqu'au niveau de la perforation représente le pansement le plus simple et le meilleur dans ce cas particulier. Le pouvoir hydrophile de la mèche suffit en effet alors pour pomper le peu de pus qui s'écoule de la caisse dans l'espace de 24 heures, et le foyer

peut être ainsi maintenu à l'abri de toute nouvelle infection.

Mais que le tympan se soit ou non ouvert spontanément avant l'entrée en scène du spécialiste, croyez-vous vraiment, Messieurs, que le même mode de traitement soit applicable à ces écoulements profus qui dans l'espace de moins d'une heure imprègnent plusieurs mèches volumineuses accumulées jusqu'à l'extérieur du conduit ?

J'avoue ne pas partager la réprobation exprimée par nos collègues à l'égard des injections pratiquées dans le conduit. Ils leur adressent trois reproches :

1^o Celui d'être inutiles, la mèche introduite dans le conduit devant drainer le pus au dehors. Mais je répondrai que c'est précisément ce qu'elle ne fait pas, son pouvoir absorbant ne tardant pas à être épuisé par l'abondance et la consistance du pus.

2^o Elles seraient difficilement aseptiques et par conséquent habituellement infectantes. Je ne vois vraiment pas qu'il soit si difficile d'obtenir des familles l'emploi exclusif d'eau bouillie et par conséquent non infectante.

3^o Elles seraient irritantes et nuiraient à la cicatrisation par le choc qu'elles produisent au niveau du tympan.

Il me semble suffire, pour éviter ces inconvénients, de recommander que les injections soient poussées avec douceur.

Nos collègues ajoutent que d'ailleurs aujourd'hui les chirurgiens ne lavent plus les plaies et n'irriguent plus les abcès bien ouverts. Mais je répondrai qu'il s'agit précisément ici d'abcès toujours insuffisamment ouverts, puisqu'ils n'ont pour voie d'issue que la perforation tympanique, qui à peine suffisante, alors qu'elle vient d'être pratiquée, a toujours tendance à se rétrécir, sinon à s'obstruer. Il s'agit là en somme d'un cas très spécial et d'une région très particulière, à laquelle nos collègues ont tort de vouloir appliquer à toute force des principes de chirurgie abdominale. Je trouve tout au contraire que les injections pratiquées sans violence dans le conduit répondent admirablement aux particularités et aux difficultés inhérentes à la région en question, le liquide injecté pénétrant à travers cette perforation tympanique que leur mèche de gaze ne peut franchir, jusque dans la caisse, contribuant par conséquent à maintenir la perforation béante, et une fois parvenu dans la caisse, se mêlant au pus qui s'y trouve, et le rendant par suite plus fluide et d'une élimination plus facile. D'ailleurs mon expérience personnelle se trouve à cet égard parfaitement d'accord avec les considérations théoriques qui précèdent.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, dans un cas donné d'otite aiguë

suppurée à écoulement profus, après que je me suis assuré qu'une mèche de gaze ne saurait drainer la quantité de pus produite par l'oreille en 24 heures. Je confie soit au médecin traitant, soit à l'une des personnes de l'entourage du malade le soin d'irriguer l'oreille, au moyen d'une petite seringue en métal, avec de l'eau bien chaude, préalablement bouillie et additionnée d'un quart d'eau oxygénée à 12 vol. Après chaque lavage, le malade cherche à pratiquer le Valsalva, de façon à maintenir la perforation perméable, puis quelques gouttes de glycérine phéniquée à 1 pour 15 ou pour 30 sont instillées au fond du conduit; après quoi, une mèche de gaze, stérilisée et toute coupée à l'avance par le pharmacien, est introduite dans le conduit, mais non poussée à fond, la personne chargée des lavages a mission de les renouveler toutes les fois que la mèche se montre trempée par le pus.

Mon rôle, dans ces conditions se borne à une pure surveillance. C'est-à-dire que je n'ai à revoir le malade que tous les trois ou quatre jours, sauf le cas où le médecin habituel de la famille ou la personne chargée des pansements constateraient de la fièvre ou de la sensibilité mastoïdienne à la pression. Les lavages sont naturellement espacés au fur et à mesure que diminue l'abondance de l'écoulement, et j'apprécie moi-même le moment où il y a lieu de modifier le traitement, par exemple de substituer à la glycérine phéniquée des insufflations d'acide borique pulvérisé, et de pratiquer quelques douches d'air pour remédier à la diminution de l'audition.

Je tiens à vous le dire, Messieurs, depuis que j'ai adopté la pratique que je viens de vous exposer sommairement, il ne m'a pas paru que mes malades missent plus de temps à guérir qu'à l'époque où je les traitais moi-même par la méthode des pansements hydrophiles renouvelés toutes les 24 heures seulement: j'ai même eu plutôt l'impression du contraire, et je suis arrivé à la conclusion que, dans le cas particulier des otites suppurées aiguës, à écoulement abondant, mieux valaient pour les malades de nombreux lavages pratiqués par des mains non chirurgicales, qu'un seul tamponnement quotidien exécuté par le spécialiste. Il est pourtant bon de voir les choses telles qu'elles sont en réalité et telles par conséquent qu'elles apparaissent au grand public médical. Quand par exemple les médecins prétendent, ainsi que vous le leur reprochez, qu'en général les otites moyennes aiguës guérissent toutes seules et que ce sont surtout les formes graves que nous voyons, ils ne sont pas tellement dans le faux que vous semblez le croire. Et vous ne m'enlèverez pas de l'esprit, qu'imposer à toute otite sup-

purée aiguë, le traitement minutieux exécuté par le spécialiste tel que vous le décrivez n'est rien moins qu'une exagération.

Pour vous, ces complications, ces suites dépendent surtout de la façon dont l'otite a été traitée : je crois au contraire, pour mon compte, qu'en dehors de la paracentèse dont je n'apprécie pas moins que vous la valeur thérapeutique, les divers modes de traitement adoptés pour l'otite aiguë, ont fort peu d'influence sur sa marche. Je souligne intentionnellement le mot aiguë, car je considère au contraire notre action comme toute puissante, sur l'évolution de l'otorrhée chronique, dont nous pouvons atteindre directement le foyer, soit par le conduit, à travers le tympan largement détruit, soit à la faveur d'une brèche artificielle, lorsque les lésions s'étendent à l'antre.

Quelle est donc dans ma pensée l'origine de la gravité spéciale présentée par certaines otites suppurées, aiguës, soit dans le présent (méningite, fusée de Bezold), soit ultérieurement (passage à la chronicité, altération de l'ouïe, complications intra-crâniennes) ?

Je crois bien être d'accord avec les résultats de notre observation de chaque jour en émettant l'opinion, que les complications du premier ordre, (appelons-les complications immédiates) éclatent bien souvent à une époque voisine du début de l'otite, après que le tympan a été ouvert largement par nous, et que le malade a été régulièrement pansé suivant les principes de la plus rigoureuse asepsie. Le traitement adopté ne saurait donc en être tenu responsable, et leur occurrence ne peut s'expliquer que par une virulence et une diffusibilité spéciale des éléments infectieux, ou par une particularité anatomique personnelle, exposant tout spécialement le sujet, soit au transport de l'infection vers l'endocrâne, soit, s'il s'agit d'une fusée de Bezold, à la rupture de la paroi inférieure de l'apophyse.

Pour ce qui est des suites tardives de l'otite, il ne résulte pas non plus de mon observation qu'il faille, au moins dans la majorité des cas, en incriminer la façon dont l'affection a été traitée à sa période aiguë. Si, en effet, nous interrogeons ceux de nos malades atteints de ces otorrhées chroniques accompagnées de destructions étendues, non seulement de la membrane tympanique, mais aussi de la chaîne des osselets et des parois osseuses limitant l'oreille moyenne, lésions qui entraînent fatalement une diminution considérable de l'ouïe et exposent les sujets par le fait de l'usure progressive des parois osseuses, à l'infection du sinus latéral ou de l'encéphale, nous apprenons presque toujours que

leur otorrhée, qui remonte souvent à leur enfance, a éclaté dans le cours d'une de ces maladies générales infectieuses, (scarlatine, diphtérie, rougeole, fièvre typhoïde.....) qui ont le triste privilège de frapper, dès leur début et d'emblée, profondément l'appareil auditif, et d'y produire des destructions étendues et irréparables, quelque énergie et quelque compétence que l'on apporte à les traiter.

Par conséquent, là encore une observation attentive et exempte de parti pris nous amène à la conclusion que le traitement institué ne saurait être qu'impuissant.

Je ne saurais me dissimuler, Messieurs, que j'ai assumé en intervenant dans ce débat, une tâche ingrate, mon argumentation ne tendant à rien moins qu'à contester la valeur de nos moyens d'action contre les suppurations aiguës, non compliquées de l'oreille moyenne. Mais j'ai considéré comme de mon devoir de combattre ce qui m'apparaissait comme une illusion, et j'estime, je le répète une dernière fois, que c'en est une de nous imaginer que nous puissions agir avec quelque efficacité sur un foyer purulent, tant que nous sommes séparés par une membrane percée d'un mince orifice.

Il est heureusement consolant de penser que si nous sommes condamnés, tant que l'otite reste non compliquée, à la simple observation armée nous trouvons une éclatante revanche à ce rôle impuissant et passif, le jour où l'apparition de quelque complication, résultant d'un drainage insuffisant du foyer, nous autorise à nous ouvrir directement une brèche jusqu'à lui et nous fournit, pour ainsi dire, l'occasion de nous en rendre maîtres et de diriger désormais efficacement l'évolution de la maladie.

VACHER, (Orléans). — Je ne crois pas qu'il soit toujours possible d'obtenir dans la clientèle, une propreté suffisante pour permettre aux personnes qui entourent le malade, de pratiquer elles-mêmes les lavages; aussi suis-je très prudent dans la prescription des irrigations.

Il est un point très intéressant sur lequel je serais heureux d'avoir l'opinion de mes collègues : quelle ligne de conduite faut-il adopter dans les cas d'otites aiguës qui cessent d'être aiguës et qui ne sont pas encore chroniques. Que doit-on faire au bout de deux ou trois semaines avec un écoulement qui ne tarit pas et sans qu'il y ait pourtant d'indications pour faire une antrotonomie ?

Voici à titre de document ma manière d'agir. Je fais dans la caisse avec une fine canule d'Hartmann et une seringue de Pravaz

une injection de sérum cocaïné stérilisé, que je prépare extemporanément ; je laisse le mélange pendant 5 à 10 minutes et je fais ensuite une large irrigation de sérum ordinaire. Je répète ces lavages tous les jours ou tous les deux jours et j'obtiens en général de bons résultats. Si cela ne suffit pas, j'emploie l'acide picrique en solution tiède à 1/200 ou 1/300. Son pouvoir kératinisant me paraît exercer une action favorable ; et j'ai obtenu par ce moyen des guérisons très rapides.

MOLINIÉ distingue les otites aiguës sous trois formes : otite catarrhale, otite suppurée, otite avec mastoïdite.

Il y a trois facteurs de gravité à envisager : la réceptivité du sujet, la virulence de l'agent pathogène, la conformation anatomique.

Ce dernier facteur, au point de vue des complications mastoïdiennes, a une importance considérable, car on conçoit par exemple, que si le système cellulaire mastoïdien est réduit à un antre petit, il n'y aura pas de mastoïdite ; à la forme catarrhale conviennent les fomentations chaudes ; à la forme suppurée la paracentèse. Après la paracentèse le drainage avec une mèche, tel qu'il est décrit dans le rapport, peut être théoriquement parfait ; pratiquement il est insuffisant et assujettissant.

On ne doit pas abandonner les injections qu'on peut très bien faire aseptiques, même dans les familles : il suffit de faire acheter une douche émaillée qui sera chaque fois bouillie avant l'irrigation. Quant à la thérapeutique rationnelle et chirurgicale de l'otite moyenne, il n'y en a qu'une, c'est l'antrotomie. La plupart des otites moyennes guérissent évidemment sans antrotomie ; mais il est cependant une indication formelle à cette opération, c'est à savoir la durée de l'écoulement dépassant deux mois, même en l'absence de tout phénomène mastoïdien.

Pour terminer, M. considère qu'on doit décrire comme des formes spéciales, l'otite des phthisiques et celle des diabétiques.

DUNDAS GRANT trouve que les injections ont été condamnées d'une façon trop absolue par les rapporteurs. Il faut distinguer les cas. Le pansement sec est employé par lui, dans un hôpital d'enfants, qui sont hospitalisés ; tel qu'il est décrit dans le rapport, c'est le traitement idéal. Mais pour les malades du dehors, qui fréquent sa clinique externe, ce traitement est inapplicable, force est bien d'avoir recours aux irrigations ; et le résultat n'est pas si déplorable.

Hirschfeld recommandait l'usage du sulfate de soude à 2 0/0, qui a la propriété de dissoudre les albuminoïdes, et qui est d'une grande commodité pour le nettoyage ; en y ajoutant de l'iode de

mercure à 3/1000, on a une solution antiseptique parfaitement maniable. Elève de Lister, il reste partisan de l'antisepsie trop dédaignée pour l'asepsie.

Il fait de l'antisepsie avant et après la paracentèse. Avant la paracentèse, il est bon, comme l'indique Lermoyez, de faire des instillations préparatoires de glycérine phéniquée dans le conduit : mais il est bon de faire immédiatement avant l'acte opératoire des nettoyages du méat auditif avec de l'alcool. D. G. termine en insistant sur la grande utilité de la paracentèse quand elle est indiquée. On ne regrettera jamais de l'avoir faite, mais on regrettera au contraire quelquefois terriblement de ne pas l'avoir pratiquée. Cette indication lui semble encore plus impérieuse chez les personnes âgées.

Enfin D. G. présente un petit flacon avec tubulure pour bain nasal. L'utilité de ce bain nasal est très grande dans le traitement de l'otite.

CHAVASSE (Paris). — Je partage l'opinion des rapporteurs sur la paracentèse ; faite à temps elle met à l'abri des complications, sauf dans l'otite grippale, cependant où elle n'empêche pas toujours la mastoïdite d'évoluer.

Je partage encore l'opinion des rapporteurs sur le traitement consécutif à la paracentèse et je suis partisan du drainage par la mèche de gaze. Pour rendre aussi parfait que possible ce drainage, il m'arrive parfois de changer la mèche deux ou trois fois par jour. Je reconnais pourtant que ce traitement, parfait à l'hôpital, n'est pas sans présenter des inconvénients en clientèle. Ainsi quand je ne peux pas y avoir recours, pour éviter les irrigations qui sont le plus souvent très mal faites et très malproprement faites, j'emploie les bains d'eau oxygénée, suivis d'instillations de glycérine phéniquée à 50/0.

BROCKAERT (Gand). — Je ne partage pas les idées progressistes des Allemands et de quelques-uns de mes confrères qui pensent qu'on doit pratiquer l'antrectomie toutes les fois qu'une otite aiguë a résisté plus de deux mois à un traitement rationnel.

Sur 100 cas d'otite aiguë pris dans une clinique gratuite c'est-à-dire dans un milieu où les soins sont loin d'être parfaits, je n'ai eu que deux cas de mastoïdite dont un guéri par la glace et l'autre par une trépanation et pourtant sur ces 100 cas, 15 n'ont guéri qu'au bout de trois mois et même plus.

CLAUDE (Bordeaux). Les rapporteurs ne sont pas partisans des lavages tubaires ; pour ma part je les emploie couramment et ils me donnent des succès. Quand le tympan est largement ouvert et

que la mastoïde commence à réagir, ces lavages sont efficaces, ils ont pour effet de débarrasser le pus contenu dans l'antre et d'éviter la trépanation.

NOQUET (Lille). — Je suis aussi partisan des lavages per tubam. Je fais à l'exemple de Delstanche des injections d'huile de vaseline europhénée. J'ai adopté l'europhène de préférence à l'iodoforme à cause de l'odeur désagréable de ce dernier.

Les injections per tubam me donnent d'excellents résultats au bout de 15 jours en moyenne.

HENNEBERT (Bruxelles). — J'ai vu Delstanche employer les injections d'huile de vaseline iodoformée per tubam dès le début des otites ; dans la grande majorité des cas, les phénomènes aigus ont rétrocedé et l'inflammation a guéri sans perforation du tympan.

MAHU (Paris) présente une aiguille à paracentèse. Le manche contient un réservoir à chloroforme dans lequel plonge l'aiguille. Ce dispositif reproduit d'une façon moins encombrante, le porte-aiguilles de Lermoyez pour la conservation et la désinfection des aiguilles à paracentèse.

CASTEX est partisan des injections dans le traitement de l'otite aiguë. Il croit que les liquides antiseptiques injectés dans le conduit pénètrent dans la caisse par capillarité.

M. LERMOYEZ. — En commençant, je vous prie tous, et en particulier mon vieux camarade Luc, de me pardonner si, dans ce que je vais dire, ma parole semble dépasser ma pensée. Mais si je m'étais préparé à répondre aux diverses objections d'ordre otologique qui auraient pu être faites aux conclusions de notre rapport, j'étais loin de m'attendre, je l'avoue, à avoir à défendre à cette tribune les principes fondamentaux de la chirurgie générale, qui, partout ailleurs, sont universellement admis. Et tandis que mes contradicteurs parlaient, je pensais qu'il est heureux, pour maintenir le bon renom de l'otologie vis-à-vis du public médical, que nous soyons tout à fait en famille dans cette enceinte, et que aucune oreille indiscrete de chirurgien ou de bactériologiste ne puisse nous y entendre. C'est la valeur de l'asepsie, c'est la technique du drainage que notre discussion met en doute...!! vraiment, j'en demeure confondu. Eh quoi ! l'otologie se plait-elle donc à demeurer à ce point particulariste, qu'elle veuille se tenir à l'écart du mouvement médico-chirurgical et ignorer ses lois... Ah ! craignez non pas de vous attirer cette douce raillerie dont on vous menaçait il y a un instant, mais d'encourir cette méséstime dont le nom de spécialiste a eu tant de peine à se délier.

Il a été dit qu'on ne croit pas, qu'on ne comprend pas qu'une mèche de gaze une fois imprégnée, puisse drainer du pus : mais le premier manuel venu de petite chirurgie le proclamera : et ce n'est pas ici mon rôle de l'expliquer.

Luc affectionne les lavages de l'oreille, c'est affaire de goût. Beaucoup d'autres aussi, dont je suis, les ont aimés, qui depuis... Mais nous avons, assez longuement, dans notre rapport, démontré ces inconvénients pour n'avoir plus à y revenir. — Où notre collègue se donne une illusion imprévue et que nous ne pouvons vraiment pas lui laisser, c'est quand il se persuade que le liquide injecté dans le conduit pénètre dans la caisse et en lave les parties : mais que devient donc à ce moment la membrane percée d'un tout petit trou qui, d'après lui, met une telle séparation entre les mœurs otologiques et le code chirurgical ?

Je sais que Luc caresse depuis plusieurs années un rêve qui lui est cher : c'est d'assister au triomphe de l'antrotomie comme traitement systématique de l'otite moyenne aiguë suppurée. Et bien qu'il s'en défende mollement, cependant il me semble conspirer de son mieux pour l'avènement de ce nouveau régime. En cela il est de bonne foi et conséquent avec lui-même : car il n'est pas surprenant qu'il soit mené à cette conception par la considération des otites aiguës qu'il entretient à l'aide de ses lavages répétés et familiaux. Peut-être même le vif désir de précipiter cette révolution antrotomique le fait-il l'avocat de la cause qu'il vient de plaider devant vous avec tant d'éloquence. N'est-ce pas là, dirait-il, son sentiment ? Cependant son insistance le donnerait à penser.

Au reste les faits parlent eux-mêmes : et eux-mêmes affirment la supériorité du traitement moderne de l'otite purulente aiguë. Craignons de retomber dans les errements des médecins anciens qui aimaient mieux discuter que constater. Appliquons sans parti pris le traitement rationnel indiqué dans notre rapport, pendant un temps suffisamment prolongé ; et dans quelques années, apportant ici chacun nos statistiques, nous pourrions sérieusement conclure. Actuellement, il n'y a place que pour les dissertations brillantes, et non pour les objections de fait. Pour ma part, je déclare que depuis trois ans que j'ai abandonné le traitement vieux jeu des otites aiguës, qui avait pour cérémonies fondamentales la douche d'air et l'injection d'eau tiède, j'ai dû me rendre à l'évidence, renier ma religion de jadis qui était celle que Luc pratique encore à l'heure actuelle, et m'avouer que je guéris maintenant mes malades plus vite et plus souvent ; et j'en ar-

rive à cette conviction que l'antrotomie deviendra, dans notre lutte contre l'otite aiguë, une arme de plus en plus exceptionnelle.

Deux mots encore. Nous avons voulu dans notre rapport, nous adresser autant aux médecins généraux, de qui nous espérons nous faire entendre, qu'aux auristes qui ici nous écoutent. Aux médecins qui tendent à nous accuser de prolonger les otites par un excès de soins locaux, nous voulons affirmer que l'abstention qu'ils proposent mène souvent leurs malades à la surdité sinon à la mort et que nous, en soignant l'oreille, nous leur sauvons l'ouïe et la vie. Aux auristes, nous avons eu le désir de prouver que le mieux en otologie est parfois l'ennemi du bien, et qu'à trop vouloir faire pour l'oreille malade, parfois on en retarde la guérison. Il vaut mieux en ceci, agir bien que beaucoup : et agir bien, c'est, comme dans toute la chirurgie du pus, drainer largement et surtout drainer proprement.

LUC. — Je ne trouve rien de plus louable que les efforts de Lermoyez pour appliquer à l'oreille les grands principes de la chirurgie générale.

Mais alors, s'il veut être conséquent avec lui-même, il n'a d'autres ressources, en face d'une oreille qui suppure que d'ouvrir d'emblée l'antre, afin de pouvoir opérer un drainage sérieux, c'est-à-dire un drainage parfait du foyer auriculaire. Tant que cette brèche opératoire n'est pas faite, le cas de l'oreille est tout spécial et légitime par conséquent un traitement spécial. Je vous mets, en effet, au défit de me citer un seul exemple tiré de la chirurgie générale, où le chirurgien ait à drainer un foyer dont le sépare une cloison percée d'un minime orifice. En faveur de sa théorie de la mèche drainante, M. Lermoyez vient de nous rappeler l'expérience consistant à vider un bol de bouillon au moyen d'une mèche plongeant à son intérieur : mais cette assimilation est fondamentalement erronée. En effet, outre que dans le cas de l'otite aiguë, la mèche s'arrête au niveau de la perforation tympanique, il y a lieu de tenir compte de la consistance du pus qui, au lieu d'être une solution saline comme le bouillon, est un liquide épais, charriant des éléments solides. Puisque nous parlons cuisine, je trouverais plus juste de le comparer à une sauce blanche et c'est avec une saucière remplie de ce liquide que je proposerais à Lermoyez de renouveler l'expérience dont il vient de nous entretenir : je lui fais le pari qu'il n'en viderait pas plus d'une cuillerée.

LERMOYÉZ. — Je suis heureux de voir enfin Luc arriver à re-

cipiscence et accepter la subordination du traitement des otites aiguës aux règles de la chirurgie générale. Seulement nous n'avons pas la même façon de comprendre celle-ci : pour moi, elle consiste avant tout à être propre ; pour Luc, elle semble se résoudre uniquement dans l'antrotomie, que tant il affectionne. Or, on peut être propre, j'imagine, sans nécessairement trépaner.

Cependant très humblement j'avoue que les arguments culinaires qu'il m'oppose me trouvent sans réponse : cette brillante charge de la cuisine contre la chirurgie me désarme. En cette matière, ma compétence fléchit et je ne sais plus que dire. Ce qui m'en console, c'est que Chassaignac lui-même, quand il imagina le drainage des cavités suppurantes, n'avait pas non plus pressenti tout le parti qu'il y avait à tirer, en l'espèce, de l'étude de la sauce hollandaise.

MOURE. — Toutes les fois qu'on fait un rapport sur une question de thérapeutique on ne peut que traiter le sujet en général et il est impossible d'envisager tous les cas particuliers. Ainsi que l'a répondu Lermoyez les rapporteurs se sont surtout attachés à décrire le traitement chirurgical de l'otite comme un chapitre de chirurgie générale. M., répondra à quelques questions de détail.

Les injections par la trompe sont impossibles chez l'enfant ; les otites de l'enfant sont les plus fréquentes, il fallait indiquer un traitement qui leur fut applicable.

C'est surtout sur les injections par le conduit que les argumentateurs ont indiqué les conclusions du rapport. Il est bien évident que l'on ne reste pas toujours auprès du malade qu'on est obligé d'abandonner le traitement à des mains non exercées et qu'alors les injections sont obligatoires, mais ce n'est pas la pratique idéale c'est un pis aller.

Dès que l'antrotomie est indiquée il faut la faire.

Enfin rappelons-nous que, quels que soient les soins consécutifs, la terminaison de l'otite dépendra pour une part du terrain et de la maladie causale.

LUBET-BARBON remercie les nombreux membres qui ont bien voulu argumenter le rapport et en devenir ainsi en quelque sorte les collaborateurs.

Le rapport n'avait pas pour but de dicter aux spécialistes la conduite à tenir ; nombreuses sont les otites et nombreuses sont celles que les membres de la Société ont guéries avec des techniques diverses, mais le rapport s'adressait plutôt aux médecins non auristes ; c'était en quelque sorte une œuvre de propédeutique otologique.

Nous sommes tous d'accord sur les points importants : la conduite à tenir avant la perforation, l'urgence de la paracentèse quand elle est indiquée, la nécessité de surveiller le libre écoulement du pus après la perforation.

Quand cet écoulement de pus est établi notre technique diffère par les détails et cela n'a pas une grande importance.

Nous nous retrouvons d'accord pour les indications de l'antrotomie et proclamer son urgence dès qu'elle est indiquée.

En résumé faire la paracentèse dès qu'elle est indiquée, surveiller le drainage, guetter les indications de l'antrotomie et la pratiquer aussitôt qu'il est indiqué de le faire.

Georges LAURENS (de Paris). — **Pharyngotomie transhyoïdienne pour un volumineux lipome de l'épiglotte.** — Au point de vue opératoire deux procédés : la voie sous-hyoïdienne et la voie transhyoïdienne permettent l'accès médian du pharynx.

Au point de vue des indications il faut distinguer deux cas :

1° L'opération doit porter sur l'épiglotte et la région pré-épiglottique pour l'extirpation d'une tumeur d'apparence très limitée : fibrome, kyste, lipome. En pareil cas, la transhyoïdienne donnera un jour vertical, excellent ;

2° L'intervention se propose d'atteindre soit le pourtour de l'orifice aérien ; replis aryéno-épiglottiques, sommet des aryénoïdes, soit le pharynx inférieur. Alors la pharyngotomie sous-hyoïdienne est indiquée : le jour qu'elle donne est horizontal et parfait.

Le choix de chaque procédé est donc commandé par la région opératoire et la localisation de la tumeur.

C'est pour un néoplasme bénin de la région para-épiglottique que je fus appelé à intervenir au mois d'octobre dernier.

Il s'agissait d'une malade, M^{me} de V..., qui m'était amenée par le Dr Chevalier, du Mans, pour une tumeur de l'orifice laryngien.

Depuis sept ans, la malade avait une gêne de la déglutition, peu accusée, il est vrai, mais constante. Tour à tour traitée pour pharyngite, nervosisme ; envoyée dans de multiples stations thermales, ayant subi les traitements médicaux les plus invraisemblables, — toujours sans qu'un examen laryngoscopique eût été pratiqué, l'affection avait fini par retentir sur l'état général : amaigrie, déperie, ayant perdu l'appétit, le teint jaune et blafard, telle la malade se présentait à notre examen à la fin de septembre 1903.

Elle avait été amenée à consulter le Dr Chevalier pour deux accès de suffocation nocturnes et récents et de fréquents

faux pas de la déglutition. Elle redoutait de succomber dans un accès.

L'examen indiquait en effet une respiration difficile avec léger tirage, la voix n'était pas enrouée mais empâtée; il semblait qu'elle fût amygdalienne et donnait l'impression d'un corps étranger endo-pharyngé.

La palpation du cou dénotait une tuméfaction de la région sus-hyôïdienne, tuméfaction en masse dont les contours étaient difficiles à préciser, mais sans la moindre altération des téguments. Absence totale d'adénopathie.

Au miroir laryngien je constatai la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, interposée, entre la base de la langue et le pharynx, comblant tout l'espace entre ces deux organes. Aucun vide qui en apparence assurât le passage de l'air et du bol alimentaire. Impossible de distinguer le moindre point de repère du côté de l'épiglotte ou des replis, les vallecules étaient occupés par cette énorme voussure. A l'œil nu, la tumeur était recouverte par une muqueuse lisse, régulière, amincie, blanc-jaunâtre.

Je posai immédiatement le diagnostic de tumeur pré-épiglottique bénigne sans être fixé sur la nature : kyste, fibrome ou lipome. Du moins, mon parti était bien pris, d'abord d'opérer puis de ne faire aucune tentative d'extraction par voie buccale et je propose l'ouverture du pharynx qui est acceptée.

L'opération eut lieu le lendemain à ma clinique.

Les débuts de l'intervention furent des plus dramatiques et à trois reprises j'eus une alerte chloroformique des plus graves car je dus cesser l'anesthésie et faire la respiration artificielle.

Par trois fois la malade devint bleue cyanosée, pupilles dilatées et je dus mettre en pratique toutes les manœuvres usitées en pareil cas pour la rappeler à la vie.

Ces accidents anesthésiques graves étaient dus à l'oblitération de l'orifice supérieur du larynx par la tumeur, et ni projection des maxillaires ni traction de la langue hors de la bouche ne pouvaient assurer la perméabilité aérienne.

Je fis immédiatement une trachéotomie, absolument blanche du reste et ce ne fut qu'après une respiration artificielle assez prolongée que je pus commencer l'opération en toute sécurité. J'aurais pu pratiquer la trachéotomie sous cocaïne mais la malade, très pusillanime, avait exigé l'anesthésie générale et il m'était bien difficile de prévoir à l'état de veille les difficultés que je pouvais avoir à l'état de sommeil.

Sans décrire le manuel opératoire de la transhyôïdienne, je ne

rappellerai dans le cas particulier que les détails intéressant l'intervention elle-même et ses suites.

L'acte opératoire fut très simple et après avoir fendu la muqueuse du pharynx je tombai sur un énorme lipome atteignant presque le volume du poing développé dans la région valléculaire, ayant refoulé la langue en avant, l'épiglotte en arrière, la poche adhérerait à toute la face antérieure de l'opercule laryngien et aux régions voisines. Après avoir décortiqué et énucléé la tumeur je refermai le pharynx par plusieurs points de suture et rapprochai les deux segments de l'os hyoïde par une étape de sutures périostées.

Les suites opératoires furent marquées par un incident que je tiens à rapporter et très intéressant; une nécrose secondaire de l'os hyoïde qui détermina une suppuration abondante, me força à rouvrir la plaie et finalement à pratiquer l'hyoïdectomie pour tarir le foyer purulent. Dès lors la cicatrisation marcha à grande vitesse.

J'ai revu la malade récemment, et j'ai été frappé par les deux faits suivants : 1° L'absence complète de déformation du squelette du larynx et de troubles phonatoires, malgré la suppression de la charpente osseuse et de la musculature hyoïdienne;

2° L'amélioration considérable de l'état général qui depuis dix ans n'avait jamais été aussi satisfaisant, amélioration vraisemblablement due à une oxygénation et à une respiration meilleure.

CASTEX (Paris). — **Laryngotomie. Détails techniques.** — Castex expose quelques points de technique d'après un certain nombre de laryngotomies pour épithéliomas et tuberculoses.

Dans tous ces cas il s'est efforcé d'éviter l'emploi de la canule à trachéotomie car il lui reproche : de gêner l'opéré pour expulser complètement le sang et les mucosités qui encombrent la trachée, de provoquer la toux en agaçant la muqueuse trachéale, enfin d'être une cause d'infection.

Il pratique d'habitude la laryngotomie verticale médiane, sous chloroforme et sans trachéotomie préalable. La section du cartilage thyroïde et des deux membranes thyro-hyoïdienne et thyro-cricoïdienne assure un accès suffisant dans le larynx.

Quand les deux valves du thyroïde sont tenues par deux écarteurs à griffes, il faut attendre un moment pour que l'opéré puisse évacuer sa trachée. Ensuite on procède à l'ablation des lésions avec le thermo ou le galvano-cautère.

A ce moment de l'opération, la tête du malade est mise dans l'attitude de Rose, pour que la salive n'inonde pas le champ opératoire.

C. évite de dénuder les valves du thyroïde dans le double but de les préserver d'une fracture pendant l'opération en les laissant doublées, et d'utiliser les tissus d'enveloppe pour recevoir les catguts qui tiendront rapprochées les deux moitiés du cartilage.

Pendant les premières 24 heures seulement, l'opéré reste couché sans oreiller pour que la salive ne glisse pas dans le larynx.

C. reconnaît que dans certains cas la canule est indispensable ou qu'on peut être forcé de la mettre quelques heures après l'opération, mais en comparant les résultats obtenus par lui, selon les deux pratiques différentes, il constate qu'il serait désirable de renoncer à la canule dans les laryngotomies et que la suppression est chose faisable.

MOURE est partisan de la trachéotomie préalable, en prévision de la pénétration du sang dans les voies aériennes et pour la plus grande commodité de l'anesthésie.

TÉXIER (Nantes). — Corps étranger des fosses nasales par explosion d'arme à feu. — Il s'agit d'un cas de corps étranger ignoré du malade, et ne se manifestant que par une fistule sous-orbitaire et un écoulement muco-purulent peu abondant par le nez. Les renseignements que nous donne le malade sur sa fistule sous-orbitaire sont peu précis. Elle n'existerait que depuis dix mois et résulterait d'un abcès de la joue consécutif à un traumatisme (branche d'arbre reçue sur la joue et chute). Avant cet accident, rien de particulier du côté du nez.

Aucune maladie antérieure; a été amputé du bras gauche, à la suite d'une explosion d'arme à feu. L'examen du malade permet de constater du côté du rebord orbitaire, une fistule se prolongeant du côté du nez en dedans et en arrière jusqu'à douze centimètres. L'examen de l'une et l'autre fosse nasale donne, à l'inspection, au niveau de la partie supérieure, un aspect noirâtre. Le stylet permet de constater la présence d'un corps dur, immobile; perforation de la cloison à ce niveau.

Rien à la rhinoscopie postérieure, sinus frontaux sains, sinus maxillaire gauche un peu sombre. Il s'agit d'un corps étranger à cheval sur la cloison et plongeant dans chacune des fosses nasales.

Nous essayons le lendemain, après cocaïnisation, de le faire bas-

culier d'une fosse nasale dans l'autre : impossibilité absolue de le mouvoir dans ce sens. Transversalement, au contraire, on peut le mobiliser. Par cette manœuvre, on constate au niveau de la fistule sous-orbitaire un peu de sang, puis une matière noire, dure au stylet.

Nous saisissons, non sans peine, cette portion dure et nous attirons un corps étranger de la longueur et de la grosseur du petit doigt. Après examen, nous constatons qu'il est métallique, curviligne et recouvert de masse charbonneuse. Il s'agissait simplement d'un fragment de canon de fusil. L'accident avait eu lieu, il y a deux ans, et la fracture compliquée du bras qui a nécessité l'amputation aurait seule attiré l'attention. On ne prit garde à la petite plaie de la joue, qui avait peu saigné et s'était cicatrisée rapidement.

CASTEX et LAJAUNIE. — Recherches sur l'Audition. — Communiquent les résultats d'une nouvelle série d'expériences qu'ils ont faite sur le champ auditif, dans le but de contrôler celles qu'ils ont déjà publiées l'année dernière.

Pour les deux voix haute et chuchotée la portée auditive est sensiblement la même aux deux oreilles droite et gauche.

Cette portée varie beaucoup selon les sujets à oreille normale. En outre elle paraît augmenter par les temps brumeux et dans les grands espaces. C'est ainsi que la voix haute perçue à 50 mètres, et la voix chuchotée perçue à 20 mètres sur le champ des courses du bois de Boulogne ne le sont plus qu'à 30 mètres et à 15 mètres entre les quatre murs d'un jardin particulier à Paris.

C'est dans la direction transversale, à droite et à gauche, que l'on entend le mieux. L'audition est un peu plus vive quand la voix vient de l'arrière que quand elle vient de l'avant. Cette petite différence, d'un mètre en moyenne, peut s'expliquer par la direction du conduit auditif externe qui regarde un peu en arrière. Une femme d'une cinquantaine d'années atteinte de sclérose tympano-labyrinthique bilatérale, très sourde, s'est présentée dernièrement à la clinique de Castex. On lui a demandé de se placer près de l'interlocuteur dans l'attitude la plus favorable pour qu'elle l'entende ; or elle s'est toujours placée de trois quarts en tournant le dos, de sorte que la bouche qui parlait se trouvait en face du bord postérieur de la mastoïde.

Les mesurations diverses prises par MM. Castex et Lajaunie leur ont fait dessiner un tracé qui est le champ auditif des deux oreilles.

Ce tracé se compose pour un même sujet, de deux courbes ellipsoïdes en partie superposées. La courbe s'éloigne surtout vers la droite et la gauche du sujet en expérience. Il sera intéressant de voir ce que deviennent ces graphiques pour les sujets otoscléreux ou hystériques.

LAJAUNIE (d'AX-les-Thermes). — **De l'emploi des vapeurs sulfureuses naturelles dans le traitement des affections chroniques de l'oreille moyenne.** — Lajaunie explique tout d'abord comment les vapeurs sulfureuses sont produites spontanément, par les eaux sulfurées chaudes et comment elles varient dans leur composition, d'après la qualité de l'eau qui leur donne naissance. Mais quelle que soit leur origine, toutes ces vapeurs naturelles sont un produit complexe, que l'on peut envisager d'une manière générale comme un mélange de gaz et de vapeurs.

C'est en les considérant comme telles, que l'auteur étudie ensuite leurs éléments constitutifs : composition chimique, thermalité, état hygrométrique.

Il montre que pour doser la vapeur sulfureuse, il faut pouvoir doser chacun des éléments qui la constituent.

Ces vapeurs sont refoulées dans l'oreille moyenne, par une sonde d'Itard, mais le mode de compression n'est pas indifférent, car il faut pouvoir faire varier la pression des vapeurs employées.

A propos de la température, Lajaunie montre tout l'intérêt qu'il y a à utiliser des vapeurs très chaudes à leur origine.

En résumé, grâce à un dispositif spécial imaginé par l'auteur, l'oreille moyenne est soumise à une sorte de douche-étuve sulfureuse, dont on fait varier à volonté la composition chimique, la pression, la température, l'état hygrométrique et la durée d'application.

Indications. — L'auteur n'est pas partisan de ce mode de traitement, dans les formes suppurées, car il peut provoquer des poussées aiguës. En revanche, on obtient d'excellents résultats dans les formes chroniques non suppurées, dans les vieux catarrhes que les insufflations d'air et le bougirage n'ont pas améliorés. C'est là surtout la grande indication de la méthode. Dans la sclérose de l'oreille moyenne : diminution fréquente des bourdonnements; souvent petite amélioration de l'audition, soit par action du traitement sur un catarrhe chronique concomitant, soit par action sur la sclérose elle-même. Enfin, la marche de l'affection semble enrayée.

E. LOMBARD (de Paris). — **Laryngectomie Totale ; présentation de malade.** — L., au nom de M. Sebileau et au sien présente un malade opéré avec succès de laryngectomie totale pour cancer. Le malade est opéré depuis moins de deux mois et complètement guéri. Il pense qu'il faut attribuer cet heureux résultat à quelques détails de technique post-opératoire qui ne sont pas sans importance.

a) Le malade est placé en position déclive après l'opération, la tête basse, cette attitude est maintenue pendant dix jours environ. Elle évite l'infection toujours redoutable du tissu cellulaire du cou, et est imposée par Sebileau dans son service à tous les opérés chez lesquels la cavité buccale se trouve en communication large avec le tissu cellulaire du cou par la brèche opératoire ;

b) Les pansements sont quotidiens ;

c) On remplace immédiatement après l'opération la canule conique de Périer par une canule à trachéotomie ordinaire mais dont l'orifice externe se trouve reporté à 2 centimètres environ en avant du plan cutané. Cette canule permet de faire un pansement aussi épais qu'on le désire sans avoir à craindre de le voir obstruer l'orifice trachéal et sans qu'on ait à redouter l'infection de la ligne de suture de la trachée à la peau par les sécrétions trachéales.

G. MAHU (de Paris). — **Extraction par la bouche, après deux mois et demi de séjour, d'un corps étranger de l'œsophage chez un enfant de 2 ans et demi.** — Il s'agissait là d'un corps étranger de forme discoïde en fer battu de 24 millimètres de diamètre (roue de locomotive, jouet d'enfant), enclavé dans l'œsophage au niveau du premier rétrécissement et dont l'emplacement fut déterminé, par la radioscopie, seulement au bout de deux mois et demi, la faible importance des symptômes pendant un certain temps et un sondage blanc ayant fait croire aux parents et à leur médecin qu'il n'existait pas de corps étranger.

L'examen œsophagoscopique ayant été refusé, l'extraction fut pratiquée sous chloroforme, sans aucun accident, à l'aide du crochet de Kirmisson, qui me paraît être l'instrument de choix en l'espèce. Les suites furent des plus simples ; il ne se produisit aucun rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et actuellement, après seize mois, l'enfant est en excellente santé.

L'auteur attire l'attention sur la tolérance des parois œsopha-

giennes dans ce cas particulier de corps discoïde où il s'agissait, non pas comme le plus souvent, d'une pièce de monnaie de cuivre, mais d'un objet en fer battu n'ayant vraisemblablement produit qu'une réaction inflammatoire faible et aucune infection.

NÉCROLOGIE

JONCHERAY

Le Dr JONCHERAY, d'Angers, vient de mourir après une longue et pénible maladie. Cette perte sera vivement regrettée par tous ceux qui avaient pu apprécier ses rares qualités de clinicien avisé et de spécialiste habile.

NOUVELLES

Jubilé du Dr Garcia.

Nous apprenons que la Société de laryngologie de Londres se propose de fêter le jubilé du laryngoscope en 1905; en célébrant le centenaire du Dr Manuel GARCIA, qui, on le sait, fit les premiers essais d'examen direct du larynx avec l'instrument que nous possédons aujourd'hui, nous pensons que nos lecteurs seront désireux de concourir à cette manifestation en faveur de l'inventeur du laryngoscope. Nous ouvrons donc une souscription dont le montant pourra être adressé soit aux *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 49, rue de Rome, à Paris, soit à la *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 25 bis, Cours Jardin public, à Bordeaux.

Le nom des souscripteurs sera publié dans la liste qui accompagnera un portrait remis au Dr Garcia sans qu'il soit fait mention du chiffre de chaque souscription individuelle.

Faculté de médecine de Berlin.

Heinrich HALKE est nommé privat-docent d'otologie.

Collège des médecins et chirurgiens de New-York.

Gorham BACON est nommé professeur d'otologie.

Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

SESSION DE 1904

Réunion tenue à Bruxelles, sous la présidence du Dr V. Cheval, les 11 et 12 juin.

1. TRÉTRÔP (Anvers). — Abscès latent du cervelet chez un opéré d'at-tico antrotomie et d'évidement mastoïdien.
2. DELSAUX (Bruxelles). — Abscès cérébelleux sans signes extérieurs.
3. DELSAUX. — Abscès cérébral récidivant.
4. DELSAUX. — Thrombo-phlébite du sinus caverneux consécutive à l'otite moyenne purulente.
5. BROECKHAERT. — Contribution à l'étude des artères du larynx. Pièce artificielle modelée par M. Tramond.
6. DELIE (Ypres). — Kyste dentaire vrai du sinus maxillaire (pièce).
7. ONODI (Budapesth). — Photographies grandeur naturelle, de prépa-rations d'anatomie du nez et d'opérations endo nasales.
8. SCHIFFERS (Liège). — Myxome du larynx.
9. SCHIFFERS. — Sarcome de l'amygdale.
10. DELSAUX. — Cancer du larynx traité par la radiumthérapie.
11. BROECKHAERT (Gand). — Seringue permettant de faire à froid les in-jections de paraffine.
12. LABARRE (Bruxelles). — Seringue automatique pour injections de paraffine.
13. LABARRE. — Pincos à morcellement des amygdales.
14. DELSAUX. — Végétations adénoïdes et contre-respirateurs.
15. LENOIR (Bruxelles). — Pince pour l'ouverture du sinus maxillaire.
16. LABARRE. — Distributeur de compresses aseptiques.
17. DELSAUX. — Trousse aseptisable pour l'examen des malades à do-micile.
18. CHEVAL (Bruxelles). — Ampoule-seringue pour injections de vase-line aseptique *per tubam*.
19. BAYER (Bruxelles). — Kyste dentaire du maxillaire supérieur gau-che, contenant les deux canines, la dent de lait et la dent définitive, diagnostiqué et opéré.
20. BAYER. — Kyste maxillaire ayant pris son origine dans l'alvéole de l'incisive latérale supérieure gauche.
21. HENNEBERT. — Kyste para-dentaire.
22. BAYER. — Aménorrhée chez une jeune fille de 16 ans ; apparition presque immédiate des règles après ablation des têtes et des queues des cornets inférieurs.
23. CAPART fils (Bruxelles). — Tumeur maligne des fosses nasales.
24. BECO (Liège). — Fibro-sarcome du naso-pharynx.
25. DELSAUX. — Eversion ou prolapsus du ventricule de Morgagni ? Présentation du malade. Démonstration de la pièce pathologique.
26. CHEVAL. — Quelques considérations à propos du traitement du can-cer du larynx. Présentation de malades laryngectomisés.

27. LABARRE. — Tumeur extrinsèque du larynx, traitée par la méthode de Mahu (badigeonnages à l'adrénaline).
28. CAPART fils. — Traumatisme de la trachée.
29. DELSAUX. — Deux cas de mobilité anormale de la langue.
30. CAPART fils. — Diverticule de l'œsophage.
31. DELSAUX. — Résection de la paroi postérieure du conduit et suture immédiate rétro auriculaire après la cure radicale de l'otorrhée chronique. Résultats opératoires.
32. HENNEBERT (Bruxelles). — Labyrinthite traitée par la ponction lombaire.
33. DE GREIFT (Anvers). — Abscès du cerveau.
34. CHEVAL. — Deux cas de complications endo crâniennes de la pyélite.
 - a) Abscès cérébral ;
 - b) Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otitique.
35. GORIS (Bruxelles). — Goitre géant opéré en deux séances. Présentation de l'opéré et de la tumeur.
36. LABARRE. — Un cas d'hémi-atrophie faciale traité par la prothèse paraffinique.
37. HENNEBERT. — Contribution à l'étude de la sclérose otique.
38. M. TRÉTRÔP. — Résultats personnels du traitement de la surdité par la méthode de Babinsky.
39. NATIER (Paris). — Surdité bilatérale remontant à quatre ans. Bourdonnements. Rééducation des oreilles au moyen des diapasons.
40. TRÉTRÔP. — Un cas de paralysie alternante du facial et de l'auditif.
41. DE GREIFT. — A propos de 3 cas d'abcès du cerveau d'origine otique.
42. LOMBARD (Paris). — Thrombo-phlébite du sinus caverneux d'origine otique, due à la présence d'une vaste cellule aberrante sur la face postérieure du rocher.
43. VAN GEHUCHTEN (Bruxelles). — Sur les voies acoustiques.
44. LERMOYEZ (Paris). — Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire.
45. ZIEM (Dantzig). — Sur la physiologie du cornet inférieur (coupes et photogravures).
46. MERCKX (Bruxelles). Quelques réflexes du nez.
47. BROECKAERT. — La rhinite végétante. Etude anatomo-pathologique et bactériologique.
48. BREVRE (Liège). — Considérations sur la rhinite diphthérique.
49. BREVRE. — A propos de 3 cas de cornet moyen ampullaire (concha bullosa).
50. M. NOUET (Lille). — Un cas de tumeur de la sous cloison.
51. BECO. — Considérations sur le traitement des sinusites.
52. BECO. — Kyste salivaire congénital.
53. HENNEBERT. — Remarques sur la diaphanoscopie.
54. DE STELLA. — Cas intéressants de tumeurs de l'ethmoïde, avec intervention chirurgicale.
55. LUC (Paris). — Du mécanisme de l'infection intra-crânienne suraiguë, consécutive à l'ouverture chirurgicale et à la complète désinfection du sinus frontal, dans les cas de suppuration chronique de cette cavité.

56. TRÉTRÔP. — Guérison rapide du lupus nasal grave et du lupus auriculaire par le curettage et les applications topiques.

57. CASTEX (Paris). — L'expertise médico-légale pour le larynx.

58. BROECKAERT. — Résection du récurrent et du sympathique cervical chez le singe et le lapin. (Projections de coupes polychromes.)

59. MASSIER (Nice). — Sténose laryngée d'origine tuberculeuse, traitée par la dilatation progressive.

60. MASSIER. — Mort subite dans un cas de tuberculose laryngée à lésions minimes, par spasme glottique.

61. GORIS. — Résultats éloignés de la thyrotomie dans la tuberculose du larynx.

62. TRÉTRÔP. — Aphonie datant de huit mois, par polype de la corde vocale gauche. Ablation, guérison.

63. GOLDSCHMIDT (Aix-la-Chapelle). — Papillomes de la région trachéo-bronchique.

64. DE STELLA. — Rôle des toxines et anti-toxines diphthériques dans l'organisme.

65. SCHIFFERS. — Phlegmon rétro-pharyngien et diphthérie.

66. HENSEBERT. — Un cas d'épithélioma de la langue.

67. LENOIR. — Un cas de poly-exostoses symétriques de la face.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PROSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Parvodina)

Medicament spécifique des **MIGRAINES**

et des **NÉVRALGIES REBELLES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : **MASSON et C^{ie}.**

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE RUSSIÈRE.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1904

(30^e VOLUME, 1^{re} PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras

	Pages
Aguanno (A. d'). — Fibrome typique de la luette	88
Alexander. — Un cas de pyémie otogène guérie par l'ouverture du sinus	288
— — Les rapports entre l'ozène et la tuberculose pulmonaire	301
— — Otite moyenne suppurée bilatérale, avec abcès du lobe temporal, guérie par l'opération	490
— — Otite moyenne chronique suppurée. Pyémie. Thrombophlébite du sinus latéral gauche Opération radicale. Fistule cutané-jugulaire	491
Alexandre. — Sur le traitement de l'ostéo-périostite de la mastoïde par la chaleur constante	176
Alt. — Embolie d'air dans le sinus latéral	287
— — Corps étranger enclavé dans la caisse	489
Andrews (A. H.). — Auscultation de l'apophyse mastoïde	300
Aronsohn. — Paralysie de plusieurs nerfs cérébraux avec participation spéciale de l'acoustique	178
Arslan. — Traitement chirurgical des épithéliomes du larynx par la voie naturelle Deux nouveaux cas opérés avec succès	130
Ashley (P. Texter). — De l'emploi de la vaseline ou de la paraffine en chirurgie plastique	98
Augiéras (de Laval). — Sur le traitement par l'évidement mastoïdien de l'ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde qui complique les otites moyennes chroniques	593
Auvernay (G. Arpa). — Recherches expérimentales sur les altérations histologiques des cordes vocales à la suite de leur paralysie	85

	Pages
Baber (Creswell). — Vaste perforation des piliers antérieurs du voile du palais	389
J. Babinsky. — Sur le traitement des affections de l'oreille et en particulier du vertige auriculaire par la rachicentèse	101
Ballance (C.-A.). — Thrombose du sinus latéral	500
— Contribution au traitement opératoire des suppurations chroniques intratemporales	500
Bar (Nice). — Volumineux polype des choanes. Exérèse par voie buccale. Considération générale	590
— Inflammation hémorragique du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne.	590
Barbillon. — De l'infection septique d'origine otique chez les nourrissons	169
Barth (E.). — Hypertrophie de l'amygdale de Luschka chez les soldats et ses rapports avec la rhinite hypertrophique et la pharyngite chronique	403
Baumgarten. — Anévrysme de l'artère pharyngée ascendante. — Paralyse du récurrent complète avec aphonie totale	309
— Arthrite crico-aryténoïdienne de cause rhumatismale	482
— Calcul salivaire d'une grandeur rare	483
— Paralyse unilatérale du muscle crico-aryténoïdien postérieur et transverse.	484
— Guérison d'une néoplasie de la cavité nasopharyngée	485
Béclère et Paul Viollet. — Un cas de néoplasme du larynx traité avec succès par les rayons de Röntgen	486
Bellin. — Etude sur l'anatomie des cellules mastoïdiennes et leurs suppurations	587
Bertemes (Charleville). — Syndrome de Ménière récidivant dans le cours d'une otite catarrhale chronique. Guérison des vertiges par le curettage de l'arrière-nez	329
Bois-Reymond (R. du) — Sur un nouveau réflexe respiratoire du larynx	592
Bonain (de Brest) — Deux observations intéressantes de complications endocrâniennes d'otite moyenne suppurée	307
Bonnier (Pierre). — Le sens des attitudes.	579
Boyé (K.). — Contribution à la vaporisation intra nasale	398
Bride (P. M'). — La toxine et l'antitoxine de Dunbar dans la fièvre des foins. Expériences personnelles	76
Bronner (Ad.). — Ethmoïdite et sinusite frontale suppurées après une opération radicale pour polypes du nez. Mort	68
Brühl. — Sur le pouvoir auditif des sourds muets	391
Brunschwig. — Extracteur du marteau.	179
Caboche (Henri). — Abcès cérébelleux. Thrombose pariétale du sinus latéral. Opération. Guérison	51
Caboche (Paris). — Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoidien par les insufflations d'acide borique et sur la résection immédiate des parois supérieure et postérieure du conduit membraneux	231
Charles (Albert). — Pharyngotomie transhyoïdienne	589
Castex (Paris). — Laryngotomie. Détails techniques.	88
Castex et Lajaunie. — Recherches sur l'audition.	610
Cate (J. Ten). — Recherches sur les mouvements respiratoires dans les défauts de parole	612
Cavillon. — Traitement du goitre diffus par l'ablation d'un noyau médian	85
	94

	Pages
Cesare. — Un cas de myosis des fosses nasales	77
Chavasse (de Paris). — Tuberculose laryngée ; laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; thyrotomie ultérieure avec résection de la corde vocale droite ; survie de dix-huit mois	503
Chiari (O.). — Les affections du pharynx	65
Choronshtitzky. — Cornu laryngeum	306
Claoué. — Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire par la résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus. Résultats	221
Coble (C.-M.). — Eclairage du sinus	302
Collet. — La salpingoscopie	1
Corwin. — Tumeur de la face antérieure de la trachée	291
Coussieu (Henry). — Corps étranger du larynx enlevé par les voies naturelles	272
Cousteau (Jules). — Procédé simple pour l'ablation des queues de cornet	380
Crandon (L.-R.-G.). — Obstruction laryngée due à une hy- pertrophie des fausses cordes	308
Daniel (P.-L.). — Végétations adénoïdes au point de vue des praticiens	88
Deguy (M.). — Paralysies précoces du voile du palais dans la diphthérie et leur pathogénie	91
Dalacour (J.). — Le syndrome adénoïdien (ozène, végétations adénoïdes, appendicite chronique)	399
Delies (Ypres). — Sinusite fronto-maxillaire avec anomalie du sinus frontal	570
Dionisio (J.) — La photothérapie dans l'ozène	77
Douglas (Beanson). — Les erreurs du septum	181
Douglas (O.-B.). — Un nouveau procédé de rhinoplastie	182
Downie (Walker). — Traitement des difformités nasales par les injections sous-cutanées de paraffine	300
Durand (A.). — Contribution à l'étude des polypes muqueux des fosses nasales	60
Durand. — Aiguille implantée dans le larynx : thyrotomie verticale médiane ; restauration partielle de la voix	87
Eeman (de Gand). — Névrite diphthéritique des nerfs auditifs, associée à d'autres névrites	502
Escat (E.). — Traitement de la pharyngite catarrhale hyper- trophique chronique par les scarifications réticulées	89
Escat (Toulouse). — Empyème ethmoïdo-sphénoïdal chez un enfant de 12 ans. Evidement du labyrinthe ethmoïdal et cu- rettage du sinus sphénoïdal par voie orbitaire	592
Fabian (de Mülheim). — Abscès du cerveau	488
Farrell (P.-J.). — De l'emploi de la paraffine dans les diffor- mités nasales	300
Félix (Eugène). — L'emploi de l'adrénaline dans les affections du larynx, du pharynx, du nez et de l'oreille	201
Ferran (Lyon) et Lannois. — Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique	585
Ferreri (G.). — Sur la valeur de l'adrénaline en laryngologie	189
Feyler (S.). — Deux cas de spasmes chroniques du voile et du pharynx déterminant des bruits entotiques, et de nature hys- térique probable	396
Foster (Hal). — Deux cas de paralysie laryngée due à un ané- vrisme de l'aorte	186
Frey. — Glycosurie accompagnant les otites	287
Frey (Hugues). — Conduction crânienne du son	492
Galbraith-Connal (James). — Séméiologie de l'otalgie	298

	Pages
Garel (J.). — Laryngocèle ventriculaire	516
Garel (Lyon). — Un cas de laryngocèle	585
Glück (Tn.). — Chirurgie du cancer du larynx	284
Goris (Ch.). — Technique de la cure chirurgicale de la sinusite sphénoïdale chronique	504
Gradenigo (G.). — Pathologie et thérapeutique de l'oreille et des premières voies aériennes	63
Grant (Dundas). — Paralyse des dilateurs de la glotte chez un jeune homme	391
— — — — — Œdème chronique du larynx	394
Grosjean (A.). — A propos de sinusites maxillaires aiguës con- sécutives à des abcès phlegmoneux d'origine dentaire	302
Guizez. — Mucocèle ethmoïdale à forme et à dévelop- pement tout à fait insolites	150
— — — — — Sinusite maxillaire due à une ectopie den- taire	158
Halasz (Henri). — Guérison complète d'un cas de synéchie to- tale de nature syphilitique entre le voile du palais et le pha- rynix	310
Hammerschlag. — Contribution à l'étude de la surdi-mutité des dégénérés	288
— — — — — Mutité à la suite d'une maladie infec- tieuse	289
Harmer. — Sur le traitement des papillomes du larynx chez les enfants, surtout au point de vue de la laryngotomie	303
Harris (Thomas-J.). — Lupus primitif du larynx	291
— — — — — Retrecissement syphilitique du pha- rynix	291
Holmes (E.M.). — Suppuration des sinus frontaux, ethmoï- daux et sphénoïdaux	505
Imofer. — Traitement de la tuberculose du larynx	188
Jacobson. — De la faculté de parler après l'ablation de la langue	92
Jacques (de Nancy). — Deux faits de clinique laryngologique	580
Jacquet (L.). — Traitement du coryza chronique par l'hypochloruration	193
Jalaguer. — Réaction du maxillaire supérieur gauche pour un sarcome à myéloplaxes	98
Jurgens. — Trois cas d'atrésie congénitale du conduit auditif externe, avec microtie	297
Katzenstein. — Démonstration expérimentale de la position médiane de la glotte	306
Kelly (Brown). — Présentations de coupes microscopiques de deux polypes hémorragiques de la cloison, d'un polype de l'aile du nez, d'une tumeur d'apparence sarcomateuse de la cloison	393
Kiaer (Gottlieb). — Infiltration gommeuse du voile du palais	498
— — — — — Trois cas d'intoxication par la cocaïne	498
Kincaly (capitaine O'). — Préparations microscopiques d'une psorospermose localisée de la muqueuse du septum nasal	396
Klein (Waldemar). — Trois cas de paresthésie du larynx	498
Klug (F.). — Recherches sur un « alabyrinthe »	29
Koplik (Henry). — Tuberculose des amygdales	405
Kutner. — Position médiane de la glotte. Expériences et cli- nique	305
Labarre (E.). — Contribution à l'étude des complications en- do-crâniennes de l'otite	501
Lambert (Lack). — Soudure complète du voile à la paroi postérieure du pharynx chez une femme syphilitique	391

Lajaunie (Ax les-Thermes). — De l'emploi des vapeurs sulfureuses dans le traitement des affections chroniques de l'oreille moyenne.	613
Lajaunie et Castex . — Recherches sur l'audition.	612
Lake (Richard). — Ablation de l'épiglotte pour tuberculose.	389
Lannois et Ferran (Lyon). — Paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique.	585
Laurens (Georges) (Paris). — Chirurgie du sinus frontal.	521
— — — Pharyngotomie transhyoïdienne pour un volumineux lipome de l'épiglotte.	608
Le Bec et Réal . — A propos de la laryngectomie.	26
Le Dentu . — Volumineuse tumeur mixte de la parotide, extirpée par la région latérale du cou.	97
Lederman . — Opération de grenouillette. Hémorrhagie veineuse.	290
Lermoyez (M.) . — De la guérison spontanée de l'empyème vrai du sinus maxillaire.	7
— — — Syphilome sous-glottique.	143
— — — Tumeurs nasales à penghawar.	313
— — — Tumeur maligne de l'ethmoïde.	585
Lermoyez, Lubet-Barbon, Moure . — Rapport sur le traitement des otites moyennes aiguës.	412
— — — Le traitement de l'otite moyenne aiguë. Discussion.	595
Lévy (Robert) . — Les affections de l'oreille moyenne dans la tuberculose.	167
— — — Affections de l'oreille moyenne dans la tuberculose.	292
Lipscher . — Cancer du pharynx.	483
— — — Sarcome du pharynx.	483
Littauer (de Düren). — Fistule congénitale du cou.	487
Lombard (E.) . — Thrombo-phlébite suppurée du sinus caveux d'origine auriculaire sans thrombo-phlébite suppurée des sinus péripétréux et sans réchauffement apparent de l'otite.	146
— — — Laryngectomie totale; présentation de malade.	614
Lubet-Barbon et R Sarremone . — Hygiène thérapeutique des maladies des fosses nasales.	60
Lubet-Barbon, Lermoyez, Moure . — Rapport sur le traitement des otites moyennes aiguës.	412
— — — Le traitement de l'otite moyenne aiguë. Discussion.	595
Luc . — Un cas de thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral d'origine otique enrayée par l'ouverture et le nettoyage du vaisseau infecté, procédés de la ligation de la veine jugulaire. Mort, six semaines plus tard, à la suite d'accidents nouveaux, dus, suivant toute apparence, à la formation secondaire d'un abcès cérébelleux. Réflexions.	120
Lucknett . — Injections de paraffine pour ensellures du nez.	74
Mahu (Georges) . — Traitement d'épithéliomas ulcérés des voies aériennes supérieures par des badigeonnages d'adrénaline.	256
— — — Sinusite frontale avec empyème du sinus maxillaire chez une femme de 77 ans. Refus d'opération. Mort.	578
— — — Extraction par la bouche, après deux mois de séjour, d'un corps étranger de l'œsophage chez un enfant de deux ans et demi.	614

	Pages
Marx (de Witten). — Présentation d'un malade porteur d'une tumeur à la base du crâne	487
Mathieu (Pierre). — Du stridor laryngé congénital.	61
Ménière . — Essai critique sur la position de Rose à propos des opérations dans le nez, l'arrière-nez et la gorge.	376
Mermod (Lausanne). — Du traitement de la tuberculose laryngée	581
Mignon (A.). — Prothèse de la mâchoire inférieure.	96
Mignon (Maurice). — Nouvelles observations sur l'emploi du diapason dans l'exploration des cavités osseuses de la face et du crâne	237
Mocchi (D.). — Altérations produites dans la macula lutea et l'organe de Jacobson par la destruction des bulbes olfactifs.	78
Molinié (J.) (de Marseille). — Thrombo-phlébite du sinus latéral — Consultation sur un cas de laryngectomie	501
Möller (Y.). — Quelques remarques sur l'emploi de l'adrénaline dans la chirurgie nasale	591
Mounier . — Résultats de l'application du penghawar dans les hémorrhagies en nappe des muqueuses et de la peau.	54
Moure (E.-J.). — Le coryza atrophique est-il une affection autonome ?	585
— — — A propos de la thyrotomie dans le traitement du cancer du larynx	81
— — — Considérations cliniques sur quelques cas de sinusite frontale	409
Moure, Lermoyez, Lubet-Barbon . — Rapport sur le traitement des otites moyennes aiguës	572
— — — Le traitement de l'otite moyenne aiguë. Discussion	412
Myles (Robert C.). — Hypertrophie osseuse du maxillaire supérieur droit	595
Navratil . — Laryngotomie	290
— — — Tuberculose primaire du larynx, diagnostic vérifié par l'examen microscopique, chez une femme de 45 ans, de bonne santé générale	481
— — — Rhinophyma opéré	481
— — — Tumeur du larynx	483
— — — Tumeur du médiastin, paralysie du larynx	484 et 485
— — — Déchirure de la trachée	486
Nehab (d'Ems). — Présentation d'un miroir laryngien ne prenant pas de buée	488
Neufeld . — Sur la séméiologie des carcinomes situés dans la partie inférieure du pharynx	404
Neumann . — Traitement conservateur de l'otite moyenne suppurée chronique.	287
— — — Tumeur du conduit externe	492
Neumayer . — Les corps étrangers de l'œsophage.	494
— — — Œsophagoscopie.	495
Newcomb (James-E.). — Stridor laryngé congénital.	184
— — — Infiltration laryngée	290
Onodi . — Tumeur de la glande thyroïde aberrante, développée à la base de la langue.	482
— — — Lymphome malin du pharynx	482
Paşmanik . — Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la rhinite hypertrophique	79
Peger (Stephen). — Vingt-neuf cas de déformation du nez traités par les injections sous-cutanées de paraffine	73

Perrin (Léon). — De quelques accidents consécutifs au percement des oreilles	295
Poirier (Paul). — Tic douloureux de la face. Résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique	94
Politzer (A.). — Procédé d'occlusion précoce de la plaie après la trépanation de l'apophyse mastoïde	299
Potter (Furniss). — Ulcération récidivante du pharynx et du larynx, chez une femme de 56 ans. Herpès ou pemphigus ? . .	390
Powell (Fitz Gerald). — Tumeur du cavum chez un enfant de 18 mois	392
Prellwitz (Otto-E.). — Malformation congénitale des aryténoïdes	201
Quénu (E.) et P. Sebileau. — La pharyngotomie rétrothyroïdienne	509
Raoult (Aimar). — Phlegmon périamygdalien externe. Infection due à un corps étranger	582
— — — Note sur l'emploi de l'adrénaline dans les cas d'affections malignes de la gorge	587
— — — Action des rayons X sur l'audition	587
Réal et Le Bec. — A propos de la laryngectomie	26
Reinhard (de Cologne). — L'inhalation d'après le procédé de Bulling, de Reichenhall	488
— (de Duisbourg). — Coïncidence de corps étrangers du nez avec végétations adénoïdes	488
Reitmann. — Sur l'existence du tissu cartilagineux et osseux dans l'amygdale palatine	309
Revol (L.). — Un cas de paralysie récurrentielle bilatérale par ectasie aortique	162
Richter (Ed.). — Carie latente de l'os sphénoïdal compliquée avec paralysie de l'abducteur, etc. Traitement par le pharynx .	183
Rosenbach. — Remarques sur la pachydermie et les tuméfactions du larynx	186
Rosenberg (de Berlin). — Quelques remarques sur la pachydermie du larynx	506
Rosenthal (G.). — Recherches sur la gymnastique respiratoire	18
Royet. — Troubles mentaux à forme mélancolique dus à l'existence ignorée de polypes muqueux des fosses nasales et guéris par l'ablation de ces tumeurs	80
Rozier (J.). — Otite chronique. Evidement. Paralysie faciale consécutive au curettage de la cavité sous-pyramydale. Carie du canal semi-circulaire externe	263
Ruault (Albert). — Un nouveau modèle de polypotome nasal. Description et technique opératoire	112
— — — Des laryngites chroniques non spécifiques. Formes cliniques. Traitement	442
— — — Des laryngites chroniques non spécifiques. Formes cliniques. Traitement	568
Sacher. — Pathologie et diagnostic de l'herpès du larynx	189
Santi (de). — Enorme fibrolipome pharyngo-laryngé	397
Sarremon (R.) et Lubet-Barbon. — Hygiène thérapeutique des maladies des fosses nasales	60
Schäffer. — Cancer du larynx guéri par laryngofissure	494
Schech (Ph.). — Les maladies du larynx et de la trachée . . .	399
Scheppepegrell (W.). — Diphtérie nasale	301
— (de New-Orléans). — Un cas de cancer du larynx, guéri par les rayons X	506
Schiffers (de Liège). — Faits cliniques de complications osseuses de l'otite moyenne purulente chronique	502

	Pages
Schmiegelow. — Relations entre les maladies du nez et de l'œil	495
— — — — — Sarcome du cornet inférieur droit	499
— — — — — Paralyse bilatérale du récurrent	499
Sebileau (Pierre) — Prothèse nasale métallique. Mécanisme de l'élimination de l'appareil	75
— — — — — Résection partielle de la branche horizontale de la mâchoire inférieure pour une épulis récidivante. Prothèse immédiate par un appareil de porcelaine	95
Sebileau (P.) et E. Quénu. — La pharyngotomie rétrothyroïdienne.	509
Segura (E.-V.) — Sur un cas de double mastoïdite de Bezold. Opération. Guérison	135
Semon (Sir Félix). — Thyrotomie et laryngectomie dans le cancer du larynx	195
— — — — — Discussion sur le traitement opératoire des tumeurs malignes du larynx	279
— — — — — Infiltration d'aspect lardacé de la luette, du voile et du cartilage aryénoïde droit, de nature inconnue.	390
— — — — — Tabes avec participation précoce et inaccoutumée de divers nerfs crâniens.	394
Seyffert. — Un nouveau spéculum du nez	181
Sgobbo (G.) — Recherches expérimentales et histologiques sur les canaux semi-circulaires.	178
Snow (S.-F.) — Utilité du drainage et de la glace à la première période de la mastoïdite	499
Stein (Otto-G.) — Epingle dans le larynx Ablation par un procédé nouveau	186
Stein (O.-J.) — Discussion sur le diagnostic différentiel et le traitement de l'ostéo sclérose de la mastoïde	293
Steward (F.-J.) — Un cas de contractions cloniques du voile, des adducteurs des cordes vocales, et de quelques autres muscles	395
Strebel — L'emploi de la lumière dans la pharyngite chronique.	403
Stturly (E.-L.) — Remarques sur l'étiologie de la rhinite hypertrophique	294
Symonds (Charters) — Paralyse de la corde vocale gauche par intoxication saturnine	393
Tanturri D.) — Dégénérescences carcinomateuses multiples dans quelques cas de tumeurs nasales	78
Tézier (Nantes) — Corps étranger des fosses nasales par explosion d'arme à feu	611
Thomson (Sai t-Clair). — Injections de paraffine pour difformités du nez.	73
— — — — — Les fonctions de l'épiglotte	86
— — — — — Affections malignes de l'œsophage.	92
Tilley (Herbert). — Fibrome naso-pharyngien angiomateux. Ablation par voie palatine et par résection de la paroi antérieure du maxillaire supérieur.	390
— — — — — Cancer inopérable de l'épiglotte.	341
— — — — — Un cas de traitement chirurgical d'une adhérence d'origine syphilitique du voile du palais au pharynx.	395
Tod (Hunter). — Sinusite maxillaire, abcès de la voûte palatine et abcès du septum d'origine dentaire.	389
Toubert (J.) — Influence de la cure des otites suppurrées sur certaines affections mentales concomitantes.	469
Toubert (de Paris). — Influence de la cure des otites suppurrées sur certaines affections mentales concomitantes	580

Trantmann (G.) . — Le diagnostic différentiel de la syphilis et des dermatoses d'après les affections de la muqueuse de la bouche et des premières voies aériennes	62
Turner (Logan) . — Un cas d'étréotiesse congénitale du larynx et de la trachée et œsophage terminé en cul-de-sac à sa partie inférieure et communiquant avec la trachée	391
Uffenorde . — Contribution à l'histologie des végétations adénoïdes	89
Urbantschitsch (E.) . — Le thigenol en otologie	173
— — Sur l'obturation de cavités opératoires par la paraffine	177
— — Nouveau spéculum du nez	492
Vacher (Louis) (Orléans) . — Du procédé le plus pratique pour enlever totalement les amygdales enchâtonnées	590
Vali (Ernest) . — Sur la valeur des exercices acoustiques chez les sourds-muets	171
Vaquier (L.) . — De la trépanation large du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur (Procédé de Claoué Modifications d'Escat)	83
Veillard (Paris) . — Gommages de la région intermaxillaire	592
Vialle (J.) . — Contribution à l'étude de la paralysie faciale tardive dans les affections du rocher	66
Viollet (P.) . — Lupus de l'oreille simulant l'épithélioma chez le vieillard	296
— — Peut-on pratiquer une injection trachéale sans introduire une canule dans le larynx ?	308
Viollet (Paul) et Béclère . — Un cas de néoplasme du larynx traité avec succès par les rayons de Röntgen	587
Vivé (José Picasso) . — Un cas d'épilepsie guéri par l'ablation de végétations adénoïdes	402
Watson (Chalmers) . — Surdité due à une lésion de l'oreille moyenne	503
Weitzel . — Occlusion congénitale de l'orifice externe du conduit auditif	387
Wilson (H.) . — Thrombose multiple des sinus avec abcès cérébelleux et méningite avec point de départ probable dans une ostéo myélite du sph�no�ide	82
W�lfers . — Le traitement du goître	92
Wright (Jonathan) . — Polype saignant rapidement récidivant de la cloison nasale pendant la grossesse	292
— — Kyste dans le tissu lympho�ide du pharynx	292
Zaalberg (P.) . — Sur l'opération de la labyrinthite	174
Zwillingner . — Incontinence d'urines nocturne et végétations ad�no�ides	402
— — B�galement et végétations ad�no�ides	486

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages
Abcès du cerveau, par Fabian (de Mülheim)	488
Abcès cérébelleux. Thrombose pariétale du sinus latéral. Opération. Guérison, par Henri Caboche	231
Adénoïdien (Le syndrome) (Ozène, végétations adénoïdes, appendicite chronique), par J. Delacour	399
Adhèrece (Un cas de traitement chirurgical d'une) d'origine syphilitique du voile du palais au pharynx, par Herbert Tilley	395
Adrénaline (L'emploi de l') dans les affections du larynx, du pharynx, du nez et de l'oreille, par Eugène Félix	201
Adrénaline (Note sur l'emploi de l') dans les cas d'affections malignes de la gorge, par Raoult (de Nancy)	587
Adrénaline (Quelques remarques sur l'emploi de l') dans la chirurgie nasale, par Y. Möller (Copenhague)	54
Adrénaline (Sur la valeur de l') en laryngologie, par G. Ferreri	189
Aiguille implantée dans le larynx : thyrotomie verticale médiane ; restauration partielle de la voix, par Durand	87
Alabyrinthique (Recherches sur un), par F. Klug	29
Amygdales enclavées. (Du procédé le plus pratique pour enlever totalement les), par Louis Vacher (Orléans)	590
Amygdale palatine (Sur l'existence du tissu cartilagineux et osseux dans l'), par Reitmann	309
Anévrisme de l'artère pharyngée ascendante, par Baumgarten	309
Apophyse mastoïde (Procédé d'occlusion précoce de la plaie après la trépanation de l'), par A. Politzer	299
Apophyse mastoïde (Auscultation de l'), par A. H. Andrews	300
Arthrite crico aryénoïdienne de cause rhumatismale, par Baumgarten	483
Aryénoïdes (Malformation congénitale des), par Otto E. Prellwitz	291
Atrésie (Trois cas d') congénitale du conduit auditif externe, avec microtie, par Jurgens	297
Audition (Action des rayons N sur l'), par Raoult (Nancy)	587
Audition (Recherches sur l'), par Castex et Lajaunie	612
Bégaiement et végétations adénoïdes, par Zwillinger	486
Calcul salivaire d'une grandeur rare, par Baumgarten	484
Canaux semi-circulaires (Recherches expérimentales et histologiques sur les), par G. Sgobbo	178
Cancer inopérable de l'épiglotte, par Herbert Tilley	391
Cancer du larynx (Chirurgie du), par Th. Glück	284

	Pages
Cancer du larynx (Thyrotomie et laryngectomie dans le), par Sir Félix Semon	195
Cancer du larynx (A propos de la thyrotomie dans le), par E. J. Moure	409
Cancer du larynx (Un cas de) guéri par les rayons X, par Scheppegrell , de New-Orléans	506
Cancer du larynx guéri par laryngofissure, par Schäffer	494
Cancer du pharynx, par Lipscher	483
Carcinomes situés dans la partie inférieure du pharynx (Sur la séméiologie des), par Neufeld	404
Carie latente de l'os sphénoïdal compliquée avec paralysie de l'abducteur, etc. Traitement par le pharynx, par Ed. Richter	183
Cavités osseuses de la face et du crâne. (Nouvelles observations sur l'emploi du diapason dans l'exploration des, par Maurice Mignon	237
Cellules mastoïdiennes (Etude sur l'anatomie des) et leurs sup- purations, par Bellin	330
Conduction crânienne du son, par Hugues Frey	492
Contractions cloniques du voile, des adducteurs des cordes vo- cales, et de quelques autres muscles (Un cas de, par F. J. Steward	395
Cordes vocales (Recherches expérimentales sur les altérations histologiques des) à la suite de leur paralysie, par G. Arpa Auverny	85
Cornet (Procédé simple pour l'ablation des queues de), par Jules Cousteau	380
Cornu laryngeum, par Choronshitzky	309
Corps étranger enclavé dans la caisse, par Alt	489
Corps étranger des fosses nasales par explosion d'arme à feu, par Texier (Nantes).	611
Corps étranger du larynx (Épingle). Ablation par un procédé nouveau, par Otto G. Stein	186
Corps étranger du larynx enlevé par les voies naturelles, par Henry Coussieu	272
Corps étrangers du nez (Coïncidence de) avec végétations adé- noïdes, par Reinhard , de Duisbourg.	488
Corps étrangers de l'œsophage, par Neumayer	494
Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de 2 ans 1/2 (Ex- traction par la bouche, après deux mois et demi de séjour, par G. Mahu (Paris)	614
Coryza atrophique (Le) est-il une affection autonome? par E. J. Moure	81
Coryza chronique (Traitement du), par l'hypochloruration, par L. Jacquet	193
Diphthérie nasale, par W. Scheppegrell	301
Embolie d'air dans le sinus latéral, par Alt	237
Empyème ethmoidosphénoïdal chez un enfant de 12 ans. Eviden- ment du labyrinthe ethmoïdal et curettage du sinus sphénoï- dal par voie orbitaire, par Escat (Toulouse).	592
Empyème vrai du sinus maxillaire (De la guérison spontanée de l'), par M. Lermoyez	7
Epiglottle (Les fonctions de l'), par Saint-Claire Thomson	86
Epiglottle (Ablation de l') pour tuberculose, par Richard Lake	8
Epilepsie (Un cas d') guéri par l'ablation de végétations adé- noïdes, par José Vivé Picasso	402
Epithéliomas ulcérés (Traitement d') des voies aériennes supé- rieures par des badigeonnages d'adrénaline, par Georges Mahu	256

	Pages
Epithéliomes du larynx (Traitement chirurgical des) par la voie naturelle Deux nouveaux cas opérés avec succès, par Arsian	130
Epulis récidivante (Résection partielle de la branche horizontale de la mâchoire inférieure pour une). Prothèse immédiate par un appareil de porcelaine, par Pierre Sebileau	95
Ethmoïdite et sinusite frontale suppurées après une opération radicale pour polypes du nez. Mort, par Ad. Bronner	391
Etroitesse congénitale (Un cas d') du larynx et de la trachée et œsophage terminé en cul-de sac à sa partie inférieure et communiquant avec la trachée, par Logan Turner	391
Evidement pétro mastoïdien (Sur le traitement post-opératoire de l') par les insufflations d'acide borique et sur la résection immédiate des parois supérieure et postérieure du conduit membraneux, par Caboche (Paris).	589
Extracteur du marteau, par Brunschvig	51
Fibrolipome (énorme) pharyngo-laryngé, par de Santi	397
Fibrome naso-pharyngien angiomateux. Ablation par voie palatine et par résection de la paroi antérieure du maxillaire supérieur, par Herb. Tilley	390
Fibrome typique de la luette, par A. d'Aguanno	88
Fèvre des foies (La toxine et l'antitoxine de Dunbar dans la).	
Expériences personnelles, par P. M. Bride	68
Fistule congénitale du cou, par Littauer, de Dören	487
Fosses nasales (Hygiène thérapeutique des maladies des), par Lubet-Barbon et R. Sarremoné	60
Glotte. (Position médiane de la). Expériences et clinique, par Kuttner	306
Glotte (Démonstration expérimentale de la position médiane de la), par Kartzenstein	306
Glycosurie accompagnant les otites, par Frey	287
Goitre (Le traitement du), par Wœlfler	92
Goitre diffus (Traitement du) par l'ablation d'un noyau médian, par Cavaillon	94
Gommes de la région inter maxillaire, par Veillard (Paris).	592
Grenouillette (Opération de). Hémorragie veineuse, par Lederman	290
Gymnastique respiratoire (Recherches sur la), par G. Rosenthal	18
Herpès du larynx (Pathologie et diagnostic de l'), par Sacher	189
Hypertrophie de l'amygdale de Luschka chez les soldats et ses rapports avec la rhinite hypertrophique et la pharyngite chronique, par E. Barth	403
Hypertrophie ossense du maxillaire supérieur droit, par Robert C. Myles	290
Incontinence d'urine nocturne et végétations adénoïdes, par Zwillinger	402
Infection septique (De l') d'origine otitique chez les nourrissons, par Barbillon	169
Infiltration d'aspect lardacé de la luette, du voile et du cartilage aryénoïde droit, de nature inconnue, par Sir F. Semmon	390
Infiltration gommeuse du voile du palais, par Gottlieb Kiaer	498
Infiltration laryngée, par James E. Newcomb	290
Inflammation hémorragique du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne, par Bar (Nice).	590
Inhalation (L') d'après le procédé de Bulling, de Reichenhall, par Reinhard , de Cologne	488
Injection trachéale (Peut-on pratiquer une) sans introduire une canule dans le larynx? par P. Viollet	308

	Pages
Intoxication par la cocaïne (Trois cas d'), par Gottlieb Kiaer .	498
Kyste dans le tissu lymphoïde du pharynx, par Jonathan Wright .	292
Labyrinthite (Sur l'opération de la), par P. Zaalberg .	174
Langue (De la faculté de parler après l'ablation de la), par Jacobson .	92
Laryngectomie (À propos de la), par Le Bec et Réal .	26
Laryngectomie (Consultation sur un cas de), par Molinié (Marseille).	591
Laryngectomie totale; présentation de malade, par E. Lombard (Paris).	614
Laryngites (Des) chroniques non spécifiques. Formes cliniques. Traitement, par Albert Ruault .	442
Laryngites chroniques non spécifiques (Des). Formes cliniques. Traitement, par Ruault .	568
Laryngocèle (Un cas de), par Garel (Lyon).	585
Laryngocèle ventriculaire, par J. Garel .	516
Laryngologique (Deux faits de clinique), par Jacques (Nancy).	580
Laryngotomie, par Navratil .	481
Laryngotomie. Détails techniques, par Castex (Paris).	610
Larynx (Les maladies du) et de la trachée, par Ph. Schech .	359
Lipome de l'épiglotte. (Pharyngotomie transhyoïdienne pour un volumineux), par Georges Laurens (Paris).	608
Lupus de l'oreille simulant l'épithélioma chez le vieillard, par P. Viollet .	296
Lupus primitif du larynx, par Thomas J. Harris .	291
Lymphome malin du pharynx, par Onodi .	482
Macula lutea (Altérations produites dans la) et l'organe de Jacobson par la destruction des bulbes olfactifs, par D. Mocchi .	78
Mastoidite (Utilité du drainage et de la glace à la première période de la), par S. F. Snow .	499
Mastoidite de Bezold (Sur un cas de double). Opération. Guérison, par E. V. Segura .	135
Miroir laryngien (Présentation d'un) ne prenant pas de buée, par Nehab , d'Ems.	488
Mucocèle ethmoïdale à forme et à développement tout à fait insolites, par Guizez .	150
Mutité à la suite d'une maladie infectieuse, par Hammerschlag .	289
Mycosis des fosses nasales (Un cas de), par Cesare .	77
Néoplasie (Guérison d'une) de la cavité naso-pharyngée, par Baumgarten .	486
Néoplasme du larynx (Un cas de) traité avec succès par les rayons de Röntgen, par Béclère et Paul Viollet .	587
Névrite diphthéritique des nerfs auditifs, associée à d'autres névrites, par Eeman , de Gand.	502
Nez (Relations entre les maladies du) et de l'œil, par Schmiegelow .	495
Obstruction laryngée due à une hypertrophie des fausses cordes, par L. R. G. Crandon .	308
Occlusion congénitale de l'orifice externe du conduit auditif, par Weitzel .	387
Œdème chronique du larynx, par Dundas Grant .	394
Œsophage (Affections malignes de l'), par Saint-Clair Thomson .	92
Œsophagoscopie, par Neumayer .	495
Oreille (pathologie et thérapeutique de l') et des premières voies respiratoires, par G. Gradenigo .	63

	Pages
Oreilles (De quelques accidents consécutifs au percement des), par Léon Perrin	295
Oreille moyenne (De l'emploi des vapeurs sulfureuses dans le traitement des affections chroniques de l'), par Lajaunie (Aix-les-Thermes).	613
Oreille moyenne (Les affections de l') dans la tuberculose, par Robert Lévy	167
Oreille moyenne (Affections de l') dans la tuberculose, par Robert Lévy	292
Ostéite condensante à forme névralgique de l'apophyse mastoïde (Sur le traitement par l'évidement mastoïdien de l') qui complique les otites moyennes chroniques, par Augiéras (Laval).	593
Ostéo-périostite de la mastoïde (Sur le traitement de l') par la chaleur constante, par Alexandre	176
Ostéo-sclérose de la mastoïde (Discussion sur le diagnostic différentiel et le traitement de l'), par O. J. Stein	293
Otalgie (Sémiologie de l'), par James Galbraith Connal	298
Otite (Contribution à l'étude des complications endocrâniennes de l'), par E. Labarre	501
Otite chronique. — Evidement. — Paralytie faciale consécutive au curettage de la cavité sous-pyramidale. — Carie du canal semi-circulaire externe, par J. Rozier	263
Otites moyennes aiguës (Rapport sur le traitement des), par Lermoyez, Lubet-Barbon, Moure	412
Otite moyenne aiguë (Le traitement de l'). Discussion, par Lermoyez, Lubet-Barbon, Moure	595
Otite moyenne chronique suppurée. Pyémie. Thrombophlébite du sinus latéral gauche. Opération radicale. Fistule cutané-jugulaire, par Alexander	491
Otite moyenne purulente chronique (Faits cliniques de complications osseuses de l'), par Schiffers , de Liège	502
Otite moyenne suppurée Deux observations intéressantes de complications endocrâniennes d'), par Bonain (Brest).	579
Otite moyenne suppurée bilatérale, avec abcès du lobe temporal, guérie par l'opération, par Alexander	490
Otite moyenne suppurée chronique (Traitement conservateur de l'), par Neumann	287
Otites suppurées (Influence de la cure des) sur certaines affections mentales concomitantes, par J. Toubert	469
Otites suppurées (Influence de la cure des) sur certaines affections mentales concomitantes, par Toubert (Paris)	580
Ozène (La photothérapie dans l'), par J. Dionisio	77
Ozène (Les rapports entre l') et la tuberculose pulmonaire, par Alexander	301
Pachydermie du larynx (Quelques remarques sur la), par Rosenberg , de Berlin	506
Pachydermie (Remarques sur la) et les tuméfactions du larynx, par Rosenbach	186
Papillomes du larynx (Sur le traitement des) chez les enfants, surtout au point de vue de la laryngotomie, par Harmer	303
Paraffine (Traitement des difformités nasales par les injections sous-cutanées de), par Walker Dowine	300
Paraffine (29 cas de déformation du nez traités par les injections sous-cutanées de), par Stephen Peger	73
Paraffine (Sur l'obturation de cavités opératoires par la), par E. Urbantschitsch	177
Paraffine (Injections de) pour difformités du nez, par Saint-Clair Thomson	73

Paraffine (De l'emploi de la) dans les difformités nasales, par P. J. Farrell	300
Paraffine (Injections de) pour ensellures du nez, par Lucknett	74
Paralysie de la corde vocale gauche par intoxication saturnine, par Charters Symonds	393
Paralysie des dilataleurs de la glotte chez un jeune homme, par Dundas Grant	391
Paralysie du moteur oculaire externe, d'origine otique, par Lannois et Ferran	585
Paralysie de plusieurs nerfs cérébraux avec participation spéciale de l'acoustique, par Aronsohn	178
Paralysie du récurrent complète avec aphonie totale, par Baumgarten	482
Paralysie bilatérale du récurrent, par Schmiegelow	499
Paralysie faciale tardive (Contribution à l'étude de la) dans les fractures du rocher, par J. Vialle	66
Paralysie laryngée (Deux cas de) due à un anévrysme de l'aorte, par Hal Foster	186
Paralysies précoces du voile du palais dans la diphtérie et leur pathogénie, par M. Deguy	91
Paralysie (Un cas de) récurrentielle bilatérale par ectasie aortique, par L. Revol	162
Paralysie unilatérale du muscle crico aryénoïdien postérieur et transverse, par Baumgarten	485
Paresthésie du larynx (Trois cas de), par Waldemar Klein	498
Parole (Recherches sur les mouvements respiratoires dans les défauts de), par J. Ten Cate	85
Penghawar (Résultats de l'application du) dans les hémorragies en nappe des muqueuses et de la peau, par Mounier	585
Perforation (Vaste) des piliers antérieurs du voile du palais, par Creswell Baber	389
Pharyngite catarrhale hypertrophique chronique (Traitement de la), par les scarifications réticulées, par E. Escat	89
Pharyngite chronique (L'emploi de la lumière dans la), par Strebel	403
Pharyngotomie (La) rétro-thyroïdienne, par E. Quénu et P. Sebileau	509
Pharyngotomie transhyoïdienne, par Albert Carlesf	88
Pharynx (Les affections du), par O. Chiari	65
Phlegmon périamygdalien externe. Infection due à un corps étranger, par Aimar Raoult	582
Polype (Volumineux) des choanes. Exérèse par voie buccale. Considération générale, par Bar (Nice)	590
Polyype saignant rapidement récidivant de la cloison nasale pendant la grossesse, par Jonathan Wright	292
Polypes hémorragiques de la cloison (Présentations de coupes microscopiques de deux), d'un polype de l'aile du nez, d'une tumeur d'apparence sarcomateuse de la cloison, par Brown Kelly	393
Polypes muqueux des fosses nasales (Contribution à l'étude des), par A. Durand	60
Polypes muqueux des fosses nasales (Troubles mentaux à forme mélancolique dus à l'existence ignorée de) et guéris par l'ablation de ces tumeurs, par Royet	80
Polypotome nasal (Un nouveau modèle de). Description et technique opératoire, par Albert Ruault	112
Position de Rose (Essai critique sur la) à propos des opérations dans le nez, l'arrière nez et la gorge, par Ménière	376
Prothèse de la mâchoire inférieure, par A. Mignon	96

	Pages
Prothèse nasale métallique. Mécanisme de l'élimination de l'appareil, par Pierre Sebileau	75
Psorosperme localisée de la muqueuse du septum nasal (Préparations microscopiques d'une), par Capitaine O'Kincaly . .	396
Pyémie otogène (Un cas de guérie par l'ouverture du sinus, par Alexander	288
Réflexe respiratoire du larynx (Sur un nouveau), par R. du Bois-Reymond	307
Rétrécissement syphilitique du pharynx, par Thomas J. Harris .	291
Rhinite hypertrophique (Remarques sur l'étiologie de la), par E. L. Sturly	294
Rhinite hypertrophique (Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la), par Pasmanik	79
Rhinophyma opéré, par Navratil	483
Rhinoplastie (Un nouveau procédé de), par O. B. Douglas . .	182
Salpingoscopie (La), par Collet	1
Sarcome à myéloplaxes (Résection du maxillaire supérieur gauche pour un), par Jalaguier	98
Sarcome du cornet inférieur droit, par Schmiegelow	499
Sarcome du pharynx, par Lipscher	483
Sens des attitudes (Le), par Pierre Bonnier	398
Septum (Les erreurs du), par Beanson Douglas	181
Sinus (Eclairage du), par C. M. Coble	302
Sinus frontal (Chirurgie du), par Georges Laurens	521
Sinusite frontale (Considérations cliniques sur quelques cas de), par Moure (Bordeaux)	572
Sinusite frontale avec empyème du sinus maxillaire chez une femme de 77 ans. Refus d'opération. Mort, par Mahu	578
Sinusite fronto maxillaire avec anomalie du sinus frontal, par Delies (Ypres)	570
Sinusite maxillaire, abcès de la voûte palatine et abcès du septum d'origine dentaire, par Hunter Tod	389
Sinusite maxillaire due à une ectopie dentaire, par Guizez . .	158
Sinusites maxillaires aiguës (A propos de) consécutives à des abcès phlegmoneux d'origine dentaire, par A. Grosjean . . .	302
Sinusite sphénoïdale chronique (Technique de la cure chirurgicale de la), par Ch. Goris	504
Soudure complète du voile à la paroi postérieure du pharynx chez une femme syphilitique, par Lambert Lack	391
Sourds muets (Sur la valeur des exercices acoustiques chez les), par Ernest Vali	171
Sourds muets (Sur le pouvoir auditif des), par Brühl	179
Spasmes cloniques du voile et du pharynx (Deux cas de) déterminant des bruits entotiques, et de nature hystérique probable, par S. Feyler	396
Spéculum du nez (Un nouveau), par Seyffert	181
Spéculum du nez (Nouveau), par Urbantschitsch	492
Stridor laryngé congénital (Du), par Pierre Mathieu	61
Stridor laryngé congénital, par James E. Newcomb	184
Suppuration des sinus frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux, par E. M. Holmes	505
Suppurations chroniques intratemporales (Contribution au traitement opératoire des), par C. A. Ballance	500
Suppurations chroniques du sinus maxillaire (Traitement des) par la résection large de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus. Résultats, par Claoué	221
Surdi-mutité des dégénérés (Contribution à l'étude de la), par Hammerschlag	288

*Sociétés savantes sur
last page of cover*

Surdité due à une lésion de l'oreille moyenne, par Chalmers Watson	503
Syndrome de Ménière récidivant dans le cours d'une otite catarrhale chronique. Guérison des vertiges par le curettage de l'arrière-nez, par Bertemes	592
Synéchie totale (Guérison complète d'un cas de) de nature syphilitique entre le voile du palais et le pharynx, par Henri Halasz	310
Syphilis (Le diagnostic différentiel de la) et des dermatoses d'après les affections de la muqueuse de la bouche et des premières voies respiratoires, par G. Trautmann	62
Syphilome sous-glottique, par M. Lermoyez	143
Tabes avec participation précoce et inaccoutumée de divers nerfs crâniens, par Sir Félix Semon	394
Thigénol (Le) en otologie, par E. Urbantschitsch	173
Thrombo-phlébite du sinus latéral, par J. Molinié , de Marseille	501
Thrombo-phlébite suppurée du sinus caverneux d'origine auriculaire sans thrombo-phlébite suppurée des sinus péripétréux et sans réchauffement apparent de l'otite, par E. Lombard	146
Thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral (Un cas de) d'origine otique enrayée par l'ouverture et le nettoyage du vaisseau infecté, précédés de la ligature de la veine jugulaire. Mort, six semaines plus tard, à la suite d'accidents nouveaux, dès suivant toute apparence, à la formation secondaire d'un abcès cérébelleux. Réflexions, par Luc	120
Thrombose du sinus latéral, par C. A. Ballance	500
Thrombose multiple des sinus avec abcès cérébelleux et méningite avec point de départ probable dans une ostéo-myélite du sphénoïde, par H. Wilson	82
Tic douloureux de la face. Résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, par Paul Poirier	94
Trachée (Déchirure de la), par Navratil	486
Trépanation large du sinus maxillaire (De la) par la voie du méat inférieur. Procédé de Claoué. Modifications d'Escat, par L. Vaquier	83
Tuberculose des amygdales, par Henry Koplik	405
Tuberculose du larynx (Traitement de la), par Imhofer	188
Tuberculose laryngée (Du traitement de la), par Mermod (Lau-sanne)	581
Tuberculose laryngée; laryngotomie inter crico-thyroïdienne; thyrotomie ultérieure avec résection de la corde vocale droite; survie de 18 mois, par Chavasse (Paris)	593
Tuberculose primaire du larynx, diagnostic vérifié par l'examen microscopique, chez une femme de 45 ans, de bonne santé générale, par Navratil	481
Tumeur à la base du crâne (Présentation d'un malade porteur d'une), par Marx , de Witten	487
Tumeur du cavum chez un enfant de 18 mois, par Fitz Gerald Powell	392
Tumeur du conduit externe, par Neumann	492
Tumeur de la face antérieure de la trachée, par Corwin	291
Tumeur de la glande thyroïde aberrante, développée à la base de la langue, par Onodi	482
Tumeur du larynx, par Navratil	484 et 485
Tumeur du médiastin, paralysie du larynx, par Navratil	485
Tumeur maligne de l'éthmoïde, par Lermoyez	585
Tumeurs malignes du larynx (Discussion sur le traitement opératoire des), par Sir Félix Semon	279
Tumeur mixte de la parotide (Volumineuse) extirpée par la région latérale du cou, par Le Dent	97

	Pages
Tumeurs nasales (Dégénérescence carcinomateuse multiple dans quelques cas de), par D. Tantarri	78
Tumeurs nasales à penghawar, par Marcel Lermoyez	313
Ulcération récidivante du pharynx et du larynx, chez une femme de 56 ans. Herpès ou pemphigus, par Furniss Potter	390
Vaporisation intra nasale (Contribution à la), par K. Boyé . .	76
Vaseline (De l'emploi de la) ou de la paraffine en chirurgie plastique, par T. P. Ashley	98
Végétations adénoïdes (Contribution à l'histologie des), par Uffenorde	89
Végétations adénoïdes au point de vue des praticiens, par F. L. Daniel	88
Vertige auriculaire (Sur le traitement des affections de l'oreille et en particulier du, par la rachicentèse, par J. Babinsky .	101

JUL 17 1916

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.
